

O PAPEL DO PAI NO TRABALHO DE PARTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor: Bruna Maria da Costa Cardoso

Porto, 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em saúde materna e obstetrícia

O PAPEL DO PAI NO TRABALHO DE PARTO

Orientadora: Professora Doutora Cândida Koch

Autor: Bruna Maria da Costa Cardoso

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Após toda esta temporada de constantes aprendizagens, sinto o dever de agradecer a quem me acompanhou.

À Doutora Cândida Koch pelo seu apoio, modelo e saber, e pela sua orientação no decorrer de todo este processo, que me motivou a cada dia.

A todos os professores que me acompanharam ao longo da minha caminhada, pela sua transmissão de segurança e conhecimento, e me fazerem acreditar que ser Enfermeira Especialista é o que quero ser para a vida.

Aos meus pais, por me permitirem concretizar o sonho de ser Enfermeira, por serem uma presença constante na minha vida e valorizarem as minhas conquistas.

À minha família, pela preocupação e exemplo de determinação.

Aos meus amigos, por apoiarem a minha caminhada, incondicionalmente.

Ao Ricardo, por acreditar em mim, sempre.

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.” (Walter S. Landor)

RESUMO

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende dar a conhecer o percurso formativo que, em contexto da prática de cuidados, possibilitou a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prática da enfermagem especializada, na área da saúde materna e obstétrica. Da sua análise e discussão, resultará a obtenção do grau de mestre.

A unidade curricular divide-se em três módulos: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado Pós-parto e Parentalidade. No âmbito da Gravidez definiu-se como objetivo: cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Durante o período de Trabalho de Parto pretendeu-se: cuidar a mulher inserida na família e na comunidade, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de assegurar a saúde da parturiente e do RN, e a sua adaptação à vida extrauterina. No último módulo, período pós-natal, cuidou-se da mulher e do RN, inseridos na família apoiando no processo de transição para a parentalidade promovendo o novo papel de pais.

Ao longo do nosso percurso de estágio, verificou-se que o papel do pai no trabalho de parto era pouco valorizado. Esta constatação levou à necessidade de pesquisar sobre este tema à luz da evidência científica. Tendo como princípio a Prática Baseada na Evidência, realizou-se uma revisão integrativa da literatura para aprofundar o conhecimento sobre a importância que o pai pode ter no acompanhamento da mulher em situação de trabalho de parto. Ao longo do relatório procura-se evidenciar as competências específicas adquiridas e desenvolvidas, fundamentais para o exercício da enfermagem especializada na área da saúde materna e obstetrícia. Este relatório divide-se em três capítulos, terminando com a conclusão e referências bibliográficas.

ABSTRACT

The present report was elaborated within the scope of the Curricular Unit Pregnancy with complications, labor, delivery and self-care in postpartum and parenting, of the Master's Course in Maternal and Midwifery Nursing (MESMO), ministered in Escola Superior de Enfermagem do Porto. The main aim of the presented report is to exhibit the training course that, in the context of the practice of care, made possible the acquirement and the up growth of the necessary skills for the practice of specialized nursing in the area of maternal and obstetric health. The master's degree title depends on its analysis and discussion.

The curricular unit under analysis is divided in three modules: Pregnancy with Complications, Labor of Childbirth and Childbirth and Self-care after Childbirth and Parenting. In the context of pregnancy, the objective was to care for the woman within the family and community during the prenatal period in order to enhance her health, detect and treat early complications and to promote maternal-fetal well-being. During the period of labor the Scopus was to take care of the woman within the family and in the community and performing the delivery in a safe environment in order to ensure the health of the parturient and the health of the newborn. In the module Childbirth and Self-care after Childbirth and Parenting the focus is the newborn adaptation to extra uterine life, and also the care of the mother both in hospital and in the family environment, supporting the process of transition to parenthood as well as promoting the new role of parents.

Throughout our internship, we found out that the father's role in labor was little valued. This finding led to the need to research on this subject in the light of scientific evidence. Based on the Evidence-Based Practice, an integrative review of the literature was carried out in order to deepen the knowledge about the importance that the father can have during the labor process.

The present report is the expression of our goal of highlighting the specific competences acquired and developed in the MESMO, proving that they are fundamental for the practice of specialized nursing in the field of maternal and midwifery health. This report is divided into three chapters, ending with the conclusion and bibliographic references.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	15
1.1 Caracterização Populacional	15
1.2 Caracterização hospitalar: estrutura física e recursos humanos	16
2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	19
2.1 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações	200
2.2 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto.....	48
2.2.1 O Papel do pai no trabalho de Parto: revisão integrativa da literatura	67
Introdução	67
Procedimentos metodológicos.....	70
Resultados	74
Discussão dos resultados.....	74
Conclusão	77
2.3 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do puerpério.....	78
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	103
CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I: Distribuição das situações de complicação da gravidez por número e causa.	255
Gráfico II: Número de partos efetuados de acordo com as suas características.....	50
Gráfico III: Número de puérperas e de RNs assistidos no estágio	79

ÍNDICE DE QUADROS:

Quadro I: Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura	73
--	----

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela I: Valores de referência da PTG (DGS, 2011)	388
Tabela II: Valores de objetivos terapêuticos (RCDG, 2011)	40

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA: American Diabetes Association

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

CAD: Canadian Diabetes Association

APPT: Ameaça Parto Pré Termo

APSI: Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CDA: Canadian Diabetes Association

CHTS: Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CTG: Cardiotocografia

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DG: Diabetes Gestacional

DGS: Direção Geral de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

DP: Diabetes Prévia

EESMO: Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto

FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics

GC: Glicemia Capilar

HBPEP: National High Blood Pressure Education Program

HTA: Hipertensão Arterial

IDF: International Diabetes Federation

IMC: Índice Massa Corporal

MESMO: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MCEESMO: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

PICO: População, Intervenção, Contexto; Objetivo

PNV: Plano Nacional de Vacinação

PTG: Prova de Tolerância a Glicose

RCDG: Relatório de Consensos sobre a Diabetes e Gravidez

RCF: Restrição do Crescimento Fetal

RCIU: Restrição do Crescimento Intrauterino

RN: Recém-Nascido

SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria

SMO: Saúde Materna e Obstetrícia

SNC: Sistema Nervoso Central

SOCG: Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada

SPP: Sociedade Portuguesa de Pediatria

SRC: Sistema de Retenção para Cintos

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

TA: Tensão Arterial

TP: Trabalho de Parto

UCI: Unidade de Cuidados Intensivo

UNICEF: United Nations Children's Fund

INTRODUÇÃO

Enfermagem é uma profissão com necessidade de formação contínua, no âmbito da prática e do conhecimento teórico. Mesmo os profissionais que escolhem ficar com o curso de base devem estar sempre atentos aos novos avanços científicos e tecnológicos inerentes à profissão. Porém, neste caso em específico emergiu a necessidade e a motivação de aprofundar os conhecimentos numa área de especialidade de Enfermagem, num contexto mais formal.

A Enfermagem, enquanto ciência, é caracterizada por ser uma prática baseada no conhecimento e no rigor científico. É imprescindível promover a investigação ao longo de todo o processo de aprendizagem, formação e prática de enfermagem. Em processo de desenvolvimento formativo, é fundamental que o enfermeiro explore todas as oportunidades de obter o máximo de experiências possíveis, no sentido de facilitar a aquisição das competências e motivar para pesquisa de forma a desenvolver e aprofundar o conhecimento com base na evidência científica, bem como profundas reflexões para desenvolver o sentido crítico sobre todas as práticas específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) e sabê-las contextualizar, proporcionando assim a individualização dos cuidados.

O regulamento das competências específicas do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2010), preconiza que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade de determinadas áreas de atividade e de intervenção, nomeadamente: Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante os períodos pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, bem como a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e ainda, cuidar o grupo/alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Com base nestes pressupostos desenvolveu-se o presente Relatório de Estágio, tendo por objetivo: evidenciar o processo de aquisição das competências, preconizadas para o exercício da especialidade, através de reflexão crítica e fundamentada sobre as práticas e o processo de cuidados, descrevendo os focos de atenção de enfermagem mais frequentes em cada área de cuidados especializados em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO); mobilização de saberes teóricos adaptados e individualizados aos contextos clínicos encontrados, com base em evidência científica, que permita a fundamentação das práticas

clínicas realizadas em estágio e, ainda, o desenvolvimento de um foco de atenção de interesse pessoal e com relevância para a prática dos cuidados em SMO.

Esta especialidade foi escolhida por se relacionar, sobretudo, com a vida, vocacionada ao nascimento de outro ser humano, motivo de grande alegria para o casal e família que se encontra a vivenciar esta experiência. No entanto, nem sempre a gravidez é saudável e por variados fatores (maternos ou inerentes à gestação), pode tornar-se de risco, ou envolver patologia, necessitando assim de cuidados clínicos específicos e complementares. Trata-se de uma área de cuidados especializados de Enfermagem que associa técnicas e práticas completamente novas, que não se aprendem na formação básica, o que torna esta formação especializada mais desafiante e aliciante.

O Relatório de Estágio reporta-se à unidade curricular de Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-parto, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). É uma formação complementar que permite obter o grau de mestre.

Ao longo do estágio foram vários os focos de atenção que suscitaram interesse, bem como a necessidade de aprofundar conhecimentos. Porém, destacou-se um, em particular, relacionado com o papel parental, nomeadamente o do pai.

Segundo Bayle, F. (2006), a estrutura familiar e os papéis parentais têm sofrido mudanças radicais ao longo destes últimos séculos, principalmente a figura paterna. A cultura, as épocas, a idade da criança, bem como o sexo da mesma, são fatores que influenciaram estas alterações. Com o ingresso da mulher no mercado de trabalho ocorreu uma modificação no papel desempenhado no passado pelos progenitores. O mesmo autor acentua a ideia que o pai passa a viver de forma diferente a sua paternidade e inicia o acompanhamento próximo e precoce da gestação da mulher. Torna-se mais interessado, participativo e presente nas consultas e nos exames de diagnóstico ou complementares, acompanhando o desenvolvimento e o controlo da gravidez, a preparação para o parto e, também presente no momento do parto. Bayle, F. (2006) salienta o facto de que o envolvimento do pai pode ser de tal forma, que alguns acabam por desenvolver a *síndrome de couvarde*, através da manifestação de sintomas similares aos que a grávida expressa.

As expectativas sociais são bastante percetíveis, pressionando, por vezes, o pai a um papel mais ativo na preparação para o parto e parto. Esta presença mais constante e este envolvimento levam a que ele se aperceba da dor e do sofrimento que muitas vezes estão presentes nesse momento, o que contribui ainda mais para o seu envolvimento no processo. Observa-se a sua preocupação com a mulher face à dor, ajudando-a a controlar a

respiração, e a sua presença constante em vez de esperar fora da sala de partos (Balancho, L., 2007).

O conceito de família e estrutura familiar evoluiu com o tempo, não apenas ao nível das funções, enquanto sistema, mas também em relação às tarefas exercidas por cada elemento do grupo (Bayle, F. e Martinet, S., 2008).

Atualmente, nos países ocidentais, mesmo existindo leis que protegem a maternidade, reconhecendo a importância do papel do pai neste processo, são poucos os pais que se sentem no direito de usufruir destas. A precariedade dos empregos, o medo de os pôr em risco, ou o receio de poder não evoluir na carreira são muitas vezes motivos que levam o indivíduo a não usufruir deste direito. São, assim, leis existentes, mas às quais a sociedade, direta ou indiretamente coloca entraves para o seu benefício (Balancho, L., 2007).

É importante que, perante esta evolução social, o EEESMO esteja preparado e se adapte a esta realidade, informando e incentivando os pais a usufruírem dos seus direitos, e apoiando-os na tomada de decisão ao longo da gravidez e parto. Durante o estágio tivemos a oportunidade de verificar este facto e salienta-se como fundamental o papel dos EEESMO, facilitando esta adaptação, através de momentos de interação e participação ativa ao longo da gravidez e no momento do parto. Deste modo, o pai sentir-se-á um elemento fundamental no processo, contribuindo com um maior acompanhamento da mulher, maior envolvimento e suporte na mudança inerente a esta etapa da vida do casal. Esta conjuntura, considerada pertinente e interessante, está na base desta nossa reflexão e tentativa de aprofundamento sobre o papel do pai no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, salientando-se assim no nosso foco de atenção.

Este relatório apresenta três grandes capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se uma breve caracterização dos clientes, bem como a contextualização do estágio. No segundo capítulo descreve-se o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo de todo o estágio, descrevendo-se as atividades mais relevantes, as pesquisas, as reflexões críticas em relação às situações que foram surgindo, as pesquisas que ajudaram para a fundamentação teórica que suportou a aquisição e desenvolvimento das competências, bem como para a abordagem ao nosso foco de atenção. Este capítulo subdivide-se em três subcapítulos, correspondendo cada um deles a uma das áreas de cuidados do estágio. No primeiro abordam-se os cuidados prestados ao casal no contexto de gravidezes com complicações. O subcapítulo dois aborda o desenvolvimento das competências para cuidar o casal em situação de trabalho de parto e parto, desenvolvendo-

se a temática relacionada com o nosso foco de interesse - O papel do pai no bloco de parto. No terceiro subcapítulo falamos da aquisição e desenvolvimento de competências para cuidar da mulher/casal/família, no contexto do puerpério. No terceiro capítulo do relatório apresentamos a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante. Por fim, apresenta-se a conclusão, onde se identificam as competências adquiridas, a forma como foram atingidas e as dificuldades encontradas e como foram superadas.

Como suporte à elaboração deste estágio profissionalizante e do seu relatório adotou-se uma metodologia que assenta na prática baseada em evidência (PBE), sustentada por pesquisa bibliográfica, realizada em diversas bases de dados presentes na plataforma EBSCO, que contém algumas bases de dados, como por exemplo: Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Psycology, PUBMED, e ainda pesquisa bibliográfica em manuais e artigos científicos. Foi nossa intenção obter contributos para melhoria contínua da qualidade e da atualidade dos cuidados de enfermagem.

A realização deste relatório tem em vista expor todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que ocorreram ao longo deste processo formativo, bem como, uma forma de contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem em saúde Materna e Obstetrícia.

1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto engloba a prática clínica em áreas como o cuidado ao casal na transição para a parentalidade e gravidez, o cuidado no trabalho de parto, no parto e pós-parto imediato e o cuidado ao casal no puerpério, foi realizado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) que se encontra localizado no conselho de Penafiel.

1.1 Caracterização Populacional

O município de Penafiel abrange uma área de 212,2 km² que se situa na parte mais central do distrito do Porto, Entre-Os-Rios Tâmega e Sousa que afluem para o Douro. O conselho é formado por 38 freguesias e mais de 72 mil habitantes, constituindo a Comunidade Urbana do Vale do Sousa (Câmara Municipal de Penafiel, 1995).

A estrutura económica deste concelho baseia-se sobretudo em atividades do setor secundário, em particular construção civil, extração de granitos, indústria transformadora, têxtil, da madeira e da produção de vinhos verdes. Porém, encontramos igualmente, embora com um certo declínio nos últimos anos, áreas rurais e de produção agrícola (milho, batata e vinha). O setor terciário (empresas dedicadas ao comércio e serviços) tem vindo a aumentar (Câmara Municipal de Penafiel, 1995).

Segundo o CENSOS de 2011, a estrutura familiar mais presente na região é a nuclear (cerca 13 mil famílias), embora o tipo de família alargada ainda seja significativo (cerca 9 mil famílias). Relativamente aos núcleos familiares, os mais presentes em Penafiel são as famílias com filhos com mais de 15 anos (cerca 10 mil núcleos) e com menos de 15 anos (cerca 9 mil núcleos), destacando-se de seguida cerca de 8 mil núcleos familiares com 1 filho e progenitores não-casados. A idade populacional do conselho de Penafiel situa-se maioritariamente na faixa etária entre os 20-64 anos (cerca 45 mil habitantes), cerca de 23 mil residentes entre os 0-20 anos e cerca 9 mil cidadãos com mais de 65 anos. Quanto à literacia, cerca de 20 mil habitantes têm o ensino básico, enquanto cerca de 13 mil possuem o ensino secundário e cerca de 4 mil possuem um curso superior.

O conhecer as características sociodemográficas da população à qual prestamos cuidados de enfermagem, facilita uma melhor compreensão da vivência da gravidez e do nascimento nos casais/famílias. O conhecimento mais profundo da população permite pensar cuidados que vão ao encontro das necessidades dos indivíduos e das comunidades.

1.2 Caracterização hospitalar: estrutura física e recursos humanos

O Serviço de Obstetrícia II situa-se na ala direita do piso 6 do CHTS, junto ao Serviço de Ginecologia, no qual se encontram as utentes do foro ginecológico, mas também as grávidas portadoras de alguma complicação da gravidez, bem como aquelas que aguardam cesariana eletiva.

Este serviço é composto por quatro enfermarias e cinco quartos individuais. Tem capacidade para 21 utentes. A equipa de enfermagem, normalmente, constituiu-se por quatro elementos de manhã, três no turno da tarde e dois no turno da noite. Engloba enfermeiros generalistas e especialistas, tentando sempre ter um especialista presente em cada turno.

Nesse mesmo piso, na ala esquerda, existe o serviço de puerpério denominado de Obstetrícia I. Composto por 6 enfermarias e dois quartos individuais. Tendo capacidade para alojar 26 puérperas e os respetivos recém-nascidos. A equipa de enfermagem, à semelhança do serviço de Ginecologia e Obstetrícia II, compõe-se com os mesmos elementos, acrescentando mais um no turno da manhã destacado para administrar as vacinas e orientar o processamento das altas do serviço. A presença de pelo menos um Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) é sempre assegurada.

O bloco de partos encontra-se no piso 4, juntamente com o serviço de urgência obstétrica e ginecológica. Estruturalmente é composto por sete salas de parto e três enfermarias denominadas de “Sala de expectantes” (cada uma pode alojar duas utentes) destinadas às grávidas em trabalho de parto latente. Existem mais duas enfermarias denominadas de “Sala de Vigilância” e cada uma tem duas camas. Estas duas enfermarias são destinadas normalmente para situações de abortamentos espontâneos ou interrupções de gravidezes não evolutivas. Neste mesmo piso existem duas enfermarias, cada uma com 3 camas, onde ficam utentes que aguardam internamento, ou necessitam de avaliação/controlo do bem-estar fetal. Existe ainda uma sala de espera.

Nos serviços de Bloco de Partos e Urgência é fixo o número de quatro enfermeiros por turno: três no bloco e um na urgência.

Ao longo dos últimos anos, os nascimentos têm diminuído em todo o país e, de acordo com os registos do CHTS, também nesta região este fenómeno é real: no ano de 2008 ocorreram 3.211 nascimentos, em 2009 foram 3.055, em 2010 verificou-se uma ligeira subida dos nascimentos para 3.174, mas em 2011 a descida já foi para 2.863, continuando a verificar-se isso mesmo até ao presente, com 2.650 nascimentos em 2012, 2.353 em 2013 e 2.313 em 2014.

2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio profissionalizante, integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MEESMO) da ESEP, prevê uma carga horária total de 900 horas, distribuídas em três módulos: Gravidez (100 horas), Trabalho de Parto (500 horas) e Pós-Parto (300 horas). No guia orientador do estágio salienta-se a necessidade do EEESMO mobilizar conhecimentos e desenvolver a capacidade de contextualizar os cuidados sustentados na recente evidência científica. Promovendo, assim, a excelência dos cuidados especializados às mulheres e famílias ao longo de todo o processo de tornar-se mãe/pai.

Os objetivos definidos para o estágio profissionalizante, preconizados no plano de estudo da ESEP passam por:

- ☐ Desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- ☐ Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério;
- ☐ Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, na prestação e gestão de cuidados e no desenvolvimento profissional.

Todos os enfermeiros especialistas devem apresentar um determinado conjunto de competências nos vários domínios da prática, expressas através da capacidade de conceção, supervisão e gestão dos cuidados. Estas aptidões asseguram a responsabilização e promoção da profissão na melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais de forma ética e legal.

O artigo publicado em Diário da República no Decreto-lei n.º 9/2009, de 4 de março, inerente ao reconhecimento das qualificações profissionais para a aquisição do título de EEESMO, preconiza que o enfermeiro deve realizar:

- O número mínimo de 40 partos ou 30 partos e 20 partos participados;
- A vigilância e os cuidados prestados, no mínimo, a 40 mulheres em situação de risco durante e depois do parto;
- A vigilância e cuidados a pelo menos 100 parturientes e 100 recém-nascidos saudáveis.

O estágio profissionalizante foi organizado de forma a possibilitar a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas preconizadas pela Ordem dos enfermeiros (OE, 2010), atingindo-se igualmente, os objetivos delineados. A orientação tutorial durante o estágio foi sempre efetuada por um EESMO, fundamental em todo o processo de aprendizagem.

A otimização do tempo e das experiências possíveis em cada campo de estágio, foi essencial. Os primeiros dias foram dedicados ao conhecimento da dinâmica de trabalho da equipa, da estrutura física e funcional do serviço, na identificação/conhecimento dos protocolos do serviço e na identificação do envolvimento e atuação do EESMO nos diversos serviços. Esta integração foi breve e o restante tempo foi dedicado ao desenvolvimento das intervenções específicas e adequadas a cada caso clínico vivenciado, à prestação de cuidados especializados, através do maior número de experiências possíveis.

Durante todo o estágio, as experiências vivenciadas e a busca pelo conhecimento foram refletidas de forma crítica, baseando-se a sua fundamentação em evidências científicas.

Ao longo deste capítulo apresentam-se as atividades e experiências desenvolvidas ao longo do estágio, devidamente fundamentadas, que viabilizaram e alicerçaram cientificamente as tomadas de decisão e o desenvolvimento pessoal e profissional neste percurso.

Neste relatório, a descrição das atividades segue a ordem natural dos acontecimentos em estágio: experiências face à gravidez com complicações, trabalho de parto e no pós-parto.

2.1 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da gravidez com complicações

A gestação inicia-se com a fecundação. Esta acontece quando o espermatozoide se funde com o óvulo para darem origem ao ovo, célula que representa o início de um novo ser (Montenegro C. e Rezende filho, J., 2014). Tornar-se progenitor é uma etapa de vida especial, implicando intensas aprendizagens para os pais e todas as pessoas próximas deles. O EESMO tem um papel fundamental nesta fase de vida da família, contribuindo para a manutenção de uma gravidez saudável e segura, física e emocionalmente, e que seja

satisfatória para a mulher e família. Intervenções planejadas e adequadas, por parte do EESMO, podem proporcionar ganhos em saúde durante muitos anos para a mulher, a criança que nasceu e a restante família (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Porém, nem todas as gravidezes são saudáveis, ou isentas de risco, necessitando, assim, de serem seguidas em contexto hospitalar. Com o decorrer da gestação podem surgir complicações, ou a mulher apresentar desde o início determinada patologia, ou características obstétricas que determinem assim o grau de risco da gravidez, obrigando a consultas específicas hospitalares.

Segundo Ramalho, C. e Campos, D. (2014) estas consultas podem dar resposta a áreas:

- ☐ De patologia cardiorrespiratória (cardiopatias congénitas, insuficiência cardíaca, asma brônquica medicada e com 2 crises moderadas no último ano, tuberculose pulmonar, etc.);
- ☐ De hipertensão e patologia renal (hipertensão crónica, insuficiência renal crónica, nefropatias crónicas, antecedentes de Síndrome de Help, antecedentes de pré-eclâmpsia grave,...);
- ☐ De patologia endócrina (diabetes *mellitus* tipo 1 e 2 materna ou gestacional, hipertiroidismo ou hipotireoidismo descompensado, patologia suprarrenal materna,...);
- ☐ De doenças hematológicas (trombocitopenia, anemia, trombofilias hereditárias, neutropenia,...);
- ☐ De doenças autoimunes (esclerodermia, vasculites, artrite reumatoide,...);
- ☐ De patologias associadas (patologias psiquiátricas, epilepsia, neoplasias malignas há menos de cinco anos,...);
- ☐ De doenças infecciosas (infecção por VIH, sífilis ativa, hepatite B ou C ativa,...);
- ☐ De gravidez múltipla;
- ☐ De gravidez na adolescência (idade inferior a 17 anos);
- ☐ De diagnóstico pré-natal (recolha de dados para potenciar uma futura gravidez saudável, minimizando os riscos possíveis ou existentes);
- ☐ De patologia geral (destinada a grávidas com determinados fatores de risco não englobados nas consultas anteriores como: obesidade, idade ≥ 40 anos, antecedentes de três ou mais abortamentos consecutivos, metrorragias recorrentes, mais de três infeções urinárias recorrentes na gravidez atual,...).

A necessidade de internamento hospitalar não está implícita em todas as gravidezes de risco, mas é necessária em determinadas situações que impliquem uma vigilância/monitorização diária das grávidas que, seguidas em consultas hospitalares, evidenciam agudização das patologias, ou com critérios imediatos ainda não conhecidos anteriormente.

O internamento traz um forte impacto para a grávida e toda a sua família com implicações várias, a ter em conta, para os profissionais de enfermagem. A necessidade de internamento pode causar alterações psicológicas na grávida (ansiedade, solidão, medo, culpa), salientando-se a importância dos cuidados de enfermagem não se cingirem exclusivamente ao cumprimento de técnicas, mas sim a processos de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação das intervenções, tendo em conta as possíveis alterações.

Segundo um estudo qualitativo realizado por Quevedo, M. (2010), os sentimentos expressos pelas grávidas que se encontravam em regime de internamento foram: medo - do momento do parto, do que o futuro reservaria, de morte, do RN ter complicações e de o poderem perder, do nascimento prematuro do RN e as implicações que isso pode ter, da possibilidade de mal formação do RN, pela própria idade materna, por vezes mais avançada, das sequelas das patologias que a mãe possui, da ausência paterna - e insegurança em relação ao seu novo papel de mãe.

Cabe ao EESMO, como anteriormente mencionado, diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções que possam colmatar e ajudar a minimizar todos estes sentimentos que as gestantes sentem e expressam ao longo do internamento.

Durante o estágio profissionalizante foram percebidos estes sentimentos, através da escuta ativa, da expressão facial das gestantes e pela linguagem corporal. As intervenções efetuadas passaram por informar, esclarecer e desmistificar os medos, as dúvidas e os sentimentos que as gestantes e familiares sentiam, bem como proporcionar momentos de diálogo com a gestante e família para com que desta forma se sentissem livres de questionar e expressar as angústias. A avaliação destas intervenções foram efetuada através da observação, verificando maior consciencialização da grávida e família em relação a situação clínica da gestante e do feto, bem como na diminuição das dúvidas ao longo do internamento.

Segundo um estudo transversal de Dias, M. et al (2008) englobando 560 grávidas, a autoestima das grávidas em regime de internamento não apresenta diferenças significativas quando comparadas com as outras grávidas. No entanto salienta-se o facto de

as grávidas internadas (84 utentes) ser inferior ao da outra amostra (459). Daí o estudo não trazer grandes resultados significativos.

Ao longo do período de estágio observou-se que algumas das grávidas apresentavam baixa autoestima, pela expressão verbal, corporal e por se sentirem culpadas do que estava a acontecer ao recém nascido (RN).

As intervenções efetuadas, perante este diagnóstico, foram informar as grávidas sobre a etiologia da patologia, elucidar sobre o facto de não serem a causa desta situação clínica, incentivar a cuidarem-se, bem como expressarem os seus sentimentos.

Num relato de experiência de estágio, em psicologia hospitalar, com gestantes hospitalizadas por várias patologias, salienta-se o impacto positivo do uso de técnicas de relaxamento com música, de mediação e respiratórias, obtendo-se resultados nas gestantes com maior relaxamento, diminuição do stress e da ansiedade (Lima K., et al, 2014).

Durante a nossa prática de cuidados, aplicaram-se algumas das técnicas abordadas neste estudo, e foi possível observar os benefícios efetivos das técnicas de controlo da respiração em determinadas gestantes que se encontravam ansiosas e stressadas pela situação em que se encontravam e pelos medos e inseguranças em relação ao RN. Demonstrávamos a técnica e treinávamo-la com a cliente, verificado uma diminuição na expressão da ansiedade e um aumento dos sentimentos de segurança. Verificava-se igualmente uma diminuição dos valores de tensão arterial (TA).

Foi observado que determinadas intervenções como: escuta ativa, técnicas de respiração, reforço positivo, esclarecimento de dúvidas, contribuíram para a formação de um espaço de confiança e de ajuda com as grávidas, facilitando a expressão e o enfrentamento dos seus receios e dos medos, ajudando a refletir e elaborar estratégias de *coping* para superar e saber lidar com os sentimentos que a gravidez suscita. Estas mesmas intervenções trouxeram também benefícios psicológicos, sociais e físicos para a gestante (menor *stress*, TA menos elevadas).

Foi possível durante o estágio refletir sobre as várias dificuldades que as gestantes enfrentavam, privadas da presença habitual da família, da própria casa, da privacidade e da liberdade. Esta reflexão permitiu entender que os cuidados humanizados, dirigidos à pessoa de forma holística, são os mais adequados e os mais benéficos para as grávidas e respetivas famílias. Com estas intervenções o cumprimento dos cuidados recomendados pelo EESMO, por parte das gestantes, demonstrou-se mais frequentemente.

Os objetivos delineados deste módulo de estágio - gravidez com complicações - foram:

- Demonstrar os conhecimentos teóricos adquiridos em situações que requerem cuidados especializados inerentes a um processo de maternidade patológico;
- Recontextualizar saberes teóricos na atividade diagnóstica desenvolvida nas situações que requerem cuidados especializados;
- Identificar problemas, delinear intervenções à grávida com complicações, a partir de fenómenos e diagnósticos de enfermagem;
- Problematicar as práticas de enfermagem a partir de evidências científicas.

Estes objetivos são intrínsecos às competências necessárias para cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, que segundo a OE (2010), se apresentam, com descritivos e unidades de competência:

- Descritivo: cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar maternofetal.
- Unidades de competência: Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; Diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; Providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento;

Foi possível adquirir e desenvolver estas competências, no decurso do estágio, através de várias atividades de conceção, planeamento, coordenação e supervisão de intervenções de enfermagem.

No decorrer do módulo de Estágio Gravidez com Complicações, as utentes, às quais foram prestados cuidados de enfermagem especializados encontravam-se em regime de internamento por gravidez de risco associado a: Pré-eclâmpsia, Diabetes Gestacional (DG), Diabetes Previa (DP), Ameaça de Parto pré Termo (APPT), Colestase Intra-hepática, Restrição do Crescimento Fetal (RCF), Oligoâmnios, Pielonefrite, Morte fetal, Hidrâmnios, Metrorragias, e ainda Gravidez Gemelar.

Esta diversidade de casos permitiu grandes oportunidades de aprendizagem e a possibilidade de desenvolvimento de competências. Os casos clínicos encontrados neste módulo de estágio foram referentes a 45 gestantes.

O gráfico seguinte, permite elucidar a variedade dos casos clínicos, bem como a variedade de oportunidades de aprendizagem face a cada patologia específica, onde as intervenções de enfermagem variaram e se adequaram à patologia e à grávida em questão.

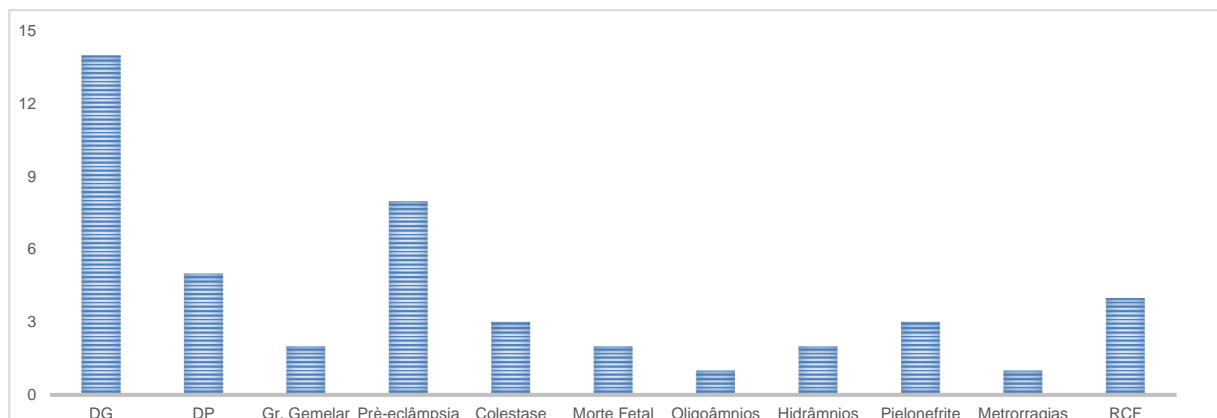


Gráfico I: Distribuição das situações de complicação da gravidez por número e causa.

Das patologias mais frequentes, destacou-se a Diabetes Gestacional, Pré-eclâmpsia e a Diabetes Prévia. A Hipertensão, segundo Graça, L. (2010) é classificada como a patologia médica mais frequente na gravidez, com incidência entre 3-5% na Europa.

Barracho, E. (2014), reforça também a ideia que a HTA é considerada a patologia cardiovascular mais comum durante a gravidez e refere ainda que as complicações da doença hipertensiva são, juntamente com as infeções e as hemorragias, a principal causa de morte materna na maioria dos serviços especializados.

Num estudo (Souza, N. e Araújo, A. e Costa, I., 2011) realizado com 70 grávidas com distúrbios hipertensivos, e tendo como objetivo compreender os significados que as gestantes davam a esta patologia, salientou-se que a presença dessa intercorrência conferia a possibilidade da mulher ter complicações emocionais e repercussões a longo prazo.

Um número significativo de RNs de mães com distúrbios hipertensivos durante a gestação necessitam, após o nascimento de hospitalização (Hassan, M. et al, 2013).

A gravidez pode levar a um aumento da pressão arterial em mulheres com hipertensão prévia, ou mesmo normotensas, segundo Silva, J. e Machado, A. (2014) a abordagem a esta patologia é diferente da utilizada na população não-grávida, pois nas grávidas, deve-se ter em consideração a possibilidade de desenvolver pré-eclâmpsia e Hipertensão Arterial (HTA) gestacional, patologias exclusivas da gravidez e associadas aos distúrbios da hipertensão. A classificação segundo o National High Blood Pressure

Education Program (NHBPEP, 2000) citado por Silva, J. e Machado, A., (2014), engloba: HTA crónica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta em HTA crónica e HTA gestacional.

Segundo esta mesma classificação, considera-se HTA crónica quando esta surge antes da conceção, antes das 20 semanas de gestação, ou pela primeira vez na gravidez, permanecendo além das 12 semanas pós parto. A pré-eclâmpsia caracteriza-se pela elevação da TA associada a proteinúria que ocorre depois das 20 semanas em mulheres sem história de hipertensão prévia. Pré-eclâmpsia sobreposta em HTA crónica segundo esta mesma classificação, citado por Silva, J e Machado, A. (2014, p. 115) apresenta-se quando:

- *HTA crónica sem proteinúria antes das 20 semanas: se aparecimento posterior de proteinúria > 300 mg/24 horas;*
- *HTA crónica com proteinúria antes das 20 semanas: se aumento súbito de TA ou da proteinúria, trombocitopenia ou elevação das enzimas hepáticas.*

A HTA gestacional é definida como a primeira elevação tensional após as 20 semanas de gestação, sem proteinúria, porém o diagnóstico definitivo é feito após o parto. Trata-se de uma HTA transitória se, após 12 semanas do parto, os valores de TA voltarem à normalidade, se assim não for classifica-se como HTA crónica (NHBPEP, 2000).

No serviço de Obstetrícia I tivemos a oportunidade de cuidar de várias grávidas com distúrbios hipertensivos. O CHTS possui protocolos que orientam os cuidados a prestar às utentes e famílias de forma a nortear, uniformizar e dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

Os cuidados prestados, embora as patologias fossem associadas a distúrbios hipertensivos, foram sempre individualizados e personalizados para cada grávida, através de uma completa avaliação inicial e recolha de dados.

Como primeiro ponto foi fundamental avaliar os conhecimentos da mulher sobre a patologia e o nível de envolvimento do companheiro. Desta forma, foi possível identificar os défices existentes, a possibilidade e o modo de envolver o companheiro durante o internamento e planificar momentos de aprendizagem com a respetiva avaliação das intervenções efetuadas junto a grávida e da pessoa de referência, que por vezes não era o companheiro, mas sim a mãe.

Segundo uma pesquisa exploratória realizada por enfermeiros (Nour, G. et al, 2015), existem evidências científicas que indicam que os índices de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência pré-natal. O EESMO é um elemento fundamental na assistência pré-natal é importante

providenciar à gestante cuidados holísticos durante o internamento, tendo em conta as necessidades específicas resultantes da intercomunica que motivou o internamento, bem como considerado todo o potencial que o momento propícia para a aprendizagem sobre comportamentos de saúde. Observando a grávida, analisando a sua situação de saúde e valorizando todos os sentimentos expressos diretamente e indiretamente.

Muitas grávidas desvalorizam a sua patologia e apenas entendem e interiorizam os perigos que correm, assim como o feto, quando lhes é imposto a hospitalização (Souza, N. e Araújo, A. e Costa, I., 2011).

Os cuidados de enfermagem efetuados ao longo do internamento foram vários: avaliação diária da urina (com particular atenção aos valores da proteinúria); monitorização diária da TA de 4/4 horas; monitorização da presença de edemas uma vez por turno; monitorização diária do peso e diurese; vigiar a necessidade de repouso relativo no leito (principalmente em decúbito lateral esquerdo para não comprimir a veia cava) e incentivar o mesmo através de diálogo e explicações que motive o cumprimento deste; promover e dar a conhecer/esclarecer a importância de uma dieta equilibrada; monitorização diária do bem-estar fetal através de Cardiotocografia (CTG); vigiar sinais de pré-eclâmpsia (cefaleias, alterações na visão, dor epigástrica,...); avaliação dos movimentos fetais percebidos pela grávida; avaliação do conhecimento da gestante sobre os sinais de alarme e eventual presença dos mesmos e avaliação da ingestão nutricional.

Neme, B. (2000), sugere os seguintes cuidados de enfermagem para uma gestante hipertensa: avaliação da TA quatro vezes por dia; repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo; monitorização diária do peso; avaliação diária da proteinúria; controlo da diurese (24 horas); controlo dos movimentos fetais e avaliação de sintomatologia clínica.

Algumas destas recomendações vão ainda ao encontro das preconizadas atualmente pela SOGC (2014), outras foram melhoradas e atualizadas, mas ao longo do restante relatório serão abordadas individualmente e discutidas.

As intervenções de enfermagem, incluídas nas atividades de diagnóstico têm uma fundamentação científica que sustentam a prática de Enfermagem baseada na evidência científica, salientando a cientificidade desta profissão e a pertinência de todas as intervenções realizadas.

Avaliação da urina consiste em avaliar as características (cor, cheiro, volume, e presença de proteinúria) para detetar eventuais alterações que podem traduzir sinais de alarme. Todas as grávidas, segundo a SOGC (2014) devem de ser avaliadas quanto à

presença de proteinúria por ser um indicador de pré-eclâmpsia. No CHTS esta avaliação era realizada através do teste de Combur, e que, de acordo com a SOGC (2014), é fundamental a realização deste teste em grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia para identificar precocemente sinais de agravamento clínico. A proteinúria, que pode refletir lesão glomerular, é muitas vezes associada com a subida da TA ou, pode aparecer alguns dias após a elevação da mesma. É importante pesquisar a proteinúria, dado que é um indicador sugestivo da presença de pré-eclâmpsia e um critério de gravidade desta síndrome (Graça, L., 2010). Sempre que se apresentavam valores iguais ou superiores a uma cruz, que corresponde a 30mg/dl de proteinúria, era considerado um sinal de alerta e implicava a comunicação ao médico, por suspeita de proteinúria significativa (SOGC, 2014). Normalmente, este valor implicava a confirmação analítica, através da colheita de urina de 24 horas, para verificar e quantificar a presença de proteinúria significativa como recomendado pelas *guideline* (SOGC, 2014; NICE, 2010). Um resultado significativo caracteriza-se pela presença de proteinúria: numa avaliação aleatória de urina se superior a 30 mg/mmol, e/ou de um valor superior a 300 mg em urina de 24 horas (SOGC, 2014; NICE, 2010). No serviço estava protocolado que a pesquisa de proteinúria deveria ser feita utilizando a primeira urina da manhã. Porém, de acordo com a evidência científica é significativo a presença de uma cruz ou mais de proteinúria, independentemente do momento em que se efetue a colheita da amostra de urina. Não há evidência científica que justifique que a amostra de urina deve ser a primeira do dia para ter maior credibilidade (SOGC, 2014).

A vigilância da TA é fundamental, e para tal, esta avaliação deve ser realizada com o maior rigor possível, principalmente quando ocorre um aumento da pressão sistólica de 30mm Hg, ou de 15mm Hg na diastólica associada a proteinúria (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Nour, G. et al (2015), evidência quão fundamental é o trabalho do enfermeiro e da equipa médica, salientando entre outras intervenções a importância do controlo da TA que pode ser realizada através a monitorização frequente da TA.

Segundo as recomendações da SOGC (2014) a TA deve ser avaliada em mulheres sentadas, em repouso, com o braço ao nível do coração; a braçadeira do aparelho deve ser do tamanho correto (1,5 vezes a circunferência do braço); durante a avaliação, se a TA for consideravelmente mais elevada num membro do que em outro, deve-se avaliar a TA sempre no membro onde o valor foi mais elevado; usar a fase V Korotkoff (desaparecimento de som) para o registo da pressão diastólica; pode-se avaliar a TA com qualquer tipo de aparelho, mas este deve estar devidamente calibrado; se os dispositivos

automáticos não estiverem devidamente calibrados e validados para o uso em grávidas com distúrbios hipertensivos, recomenda-se a comparação entre leituras utilizando um esfigmomanómetro de mercúrio e todos os dispositivos devem ser regularmente calibrados e verificados.

Na prática clínica, a avaliação da TA nas grávidas em regime de internamento era também realizada em decúbito lateral esquerdo, considerada adequada por Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) que acrescenta ainda mais cuidados no momento de avaliação da TA, tais como: avaliar a TA dez minutos após o posicionamento da grávida, proporcionando assim um momento de relaxamento; verificar se, no período de 30 minutos que antecedeu a avaliação da TA, a grávida ingeriu alimentos com cafeína, ou se fumou pois, nesse caso, não deve ser tido em conta o valor da TA; avaliar a TA sempre no mesmo braço; durante a avaliação, manter uma desinsuflação lenta e proporcional, no caso da utilização do esfigmomanómetro de mercúrio e, calcular a média de duas avaliações com um intervalo mínimo de 6 horas, para minimizar a variabilidade dos registos. Braunwald, E. et al. (2002), questiona a ideia que a avaliação da TA possa ser realizada em decúbito lateral, justificando que dessa forma a TA muitas vezes é mais baixa do que a registada na posição sentada. Salienta que o diagnóstico de HTA requer a medição de dois valores elevados com um intervalo mínimo de 6 horas.

Durante a prática clínica quase todas as recomendações foram tidas em conta, no entanto, não existiam esfigmomanómetros de mercúrio para comparar os resultados da TA. A avaliação da TA, precedida de um repouso de 30 minutos da grávida, nem sempre era possível pois, por vezes, as mulheres tinham acabado de fazer uma caminhada pelo serviço, ou coincidia com o momento após ter realizado um exame, ou após as refeições e nem sempre era possível uma avaliação precedida de 30 minutos, mas tentou-se sempre arranjar estratégias para este critério ser cumprido, tentando prever estes contratempos e avisando a grávida antecipadamente da realização da avaliação da TA. Porém o serviço onde foi realizado o estágio as intervenções era muito rotineiras. Foi discutido este facto com a orientadora de forma a realizar cuidados personalizados e individualizados. A mesma demonstrou-se receptiva sobre esta observação.

A monitorização de edema, uma vez por turno na mulher com diagnóstico de pré-eclâmpsia, e a avaliação do peso, bem como a monitorização da diurese foi fundamental. A presença de edema está relacionada com a retenção de sódio no espaço intersticial celular e pode manifestar-se, inicialmente, pelo aumento súbito do peso (superior a 2 kg numa semana) e, posteriormente, com edema matinal na face e na metade superior do corpo

(Graça, L., 2010). O edema, considerado patológico, é caracterizado pela acumulação de líquidos na face, abdômen ou mãos, não diminuindo com repouso no leito de 12 horas, podendo verificar-se um aumento do peso corporal de 2 kg em uma semana (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Este autor salienta que o edema deve ser monitorizado segundo a sua distribuição e grau: declive (nas extremidades mais inferiores), ou depressível (evidencia-se uma pequena depressão após a pressão de um dedo sobre uma área edemaciada, maior quanto mais for o tempo para esta depressão regressar ao nível inicial). A avaliação do débito urinário (pelo menos de 30ml/h) é importante para despistar comprometimento da função renal.

Na nossa prática tivemos em conta todos estes pressupostos para a avaliação rigorosa do edema e no cumprimento do horário para a pesagem da grávida. O edema patológico não se deve confundir com o edema que frequentemente pode aparecer durante a gravidez, relacionado com o aumento da volémia que ocorre de forma fisiológica durante a gestação. As grávidas foram sensibilizadas e informadas acerca desta avaliação.

No que diz respeito à necessidade de repouso relativo no leito, foi importante informar sobre os benefícios e avaliar o comportamento e a adesão da grávida. Segundo várias recomendações (NICE, 2010; SOGC, 2014; WHO, 2011) o repouso absoluto no leito não tem evidência científica de benefícios para a gestante e não está recomendado. As recomendações da NICE (2010) sobre o descanso e a atividade física em grávidas com distúrbios hipertensivos são as mesmas que para uma grávida saudável. O repouso absoluto no leito não é recomendado como prática para diminuir os distúrbios hipertensivos na gravidez, porém, a mesma fonte salienta a possibilidade de existirem casos particulares que possam beneficiar com alguma restrição da atividade. A hospitalização para restrição de atividade não é critério de internamento, mas sim a necessidade de monitorizar o bem-estar fetal (WHO, 2011). Também a SOGC (2014) e Neto C. e Souza, S. e Amorim, M. (2010) reforçam a ideia que não há evidência de benefícios na restrição da atividade e do stresse em grávidas com distúrbios hipertensivos; mesmo nas grávidas internadas em regime hospitalar não se recomenda o repouso absoluto no leito. Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) salientam que, inicialmente, pensava-se que o repouso no leito, em decúbito lateral, trazia benefícios para a grávida, no sentido de melhorar o fluxo sanguíneo útero-placentário durante a gravidez, mas segundo Kutil, A. (2000) e Maloni, B. (2002) citados por Lowdermilk, D. e Perry, S., (2008) existem resultados adversos como: descompensação cardiovascular, perda de líquidos, perda de peso, atrofia muscular e

stress psicológico. O autor recomenda a importância da mulher hospitalizada não ter de ficar em repouso absoluto no leito, proporcionando-lhe igualmente atividades que a distraiam como a visita de familiares e amigos, efetuar telefonemas de forma a combater o aborrecimento que pode ocorrer no hospital. É importante a prática de exercícios ligeiros para o fortalecimento do tónus muscular, do fluxo sanguíneo, para o regulamento da função intestinal e para que a grávida se sinta bem, pois normalmente são utentes que se sentem razoavelmente bem fisicamente. Podem ser ensinadas e proporcionadas técnicas de relaxamento para diminuir o *stress* associado ao internamento e ao diagnóstico de doença de risco, preparando a mulher também para o parto (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Durante o internamento era explicado às grávidas a importância de intercalar o repouso com a atividade física, salientando a importância de caminhar, de ler, fazer atividades para se distraírem e não ficarem stressadas pela necessidade de terem de estar hospitalizadas, longe da família e por todas as avaliações que lhe eram feitas. No estudo de Vettore, M. et al (2011) a necessidade de repouso foi sentida por 67% das grávidas participantes, ou seja mais de metade das grávidas do estudo, expressou a necessidade de repouso. Torna-se importante encontrar um ponto de equilíbrio entre repouso e atividade física.

A dieta é fundamental para cada ser humano e é importante que sejam feitos ensinamentos sobre os cuidados alimentares a ter, principalmente nesta situação clínica, pois por se tratar de um distúrbio hipertensivo as grávidas associam a necessidade de reduzir/eliminar o consumo de sódio na dieta. No estudo de Vettore, M. et al (2011), salienta-se a importância dos cuidados às grávidas com distúrbios hipertensivos serem baseados também na dieta. Segundo as orientações da NICE (2011) não é recomendada a restrição total de sódio na dieta das grávidas para prevenir a pré-eclâmpsia, pois não há evidência científica que comprove que se pode assim prevenir esta patologia. A WHO (2011) e SOGC (2014) evidenciam esta mesma ideia reforçando que, a restrição de sódio na dieta da grávida, além de não prevenir a pré-eclâmpsia, não minimiza as complicações que esta possa vir a desenvolver. Reforçam a ideia que, como na população geral, as grávidas devem de ser incentivadas a manter uma alimentação equilibrada, variada e saudável que, tal como na população geral, passa pelo controlo de ingestão excessiva de sódio. Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) refere que a dieta e a ingestão hídrica para grávidas com patologia hipertensiva devem seguir as mesmas recomendações que para as grávidas sem qualquer tipo de patologia. No entanto, refere que as mulheres com hipertensão crónica,

que anteriormente controlavam corretamente os valores das TA com dieta hipossalina, devem manter essa restrição durante a gravidez.

Na nossa prática clínica foi fundamental identificar o padrão alimentar inicial e de ingestão hídrica da grávida para implementar as devidas correções, oferecendo as explicações que motivassem as grávidas a aderir. Uma dieta saudável e adequada passa pela ingestão de nutrientes em quantidades equilibradas - recomenda-se a ingestão de 1200 mg de cálcio e zinco, 60/70 g de proteínas e a ingestão de magnésio e vitaminas adequadas. Não há aconselhamento para a restrição de sódio, mas os alimentos ricos neste componente devem de ser evitados. Aconselha-se ingerir alimentos ricos em fibras (vegetais, cereais integrais e frutas) bem como a ingestão de 1,5/1,8 litros de água por dia. As bebidas alcoólicas e o tabaco não devem ser consumidas e a ingestão de cafeína deve ser limitada (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Segundo Hofmeyr, G. e Attlah, A. e Duley, L. (2006), numa revisão sistemática da Cochrane salientou que a suplementação de cálcio no período pré-natal previne a hipertensão arterial e a pré-eclâmpsia, principalmente em gestantes com maior risco ou com deficiência prévia. Rumbold, A. et al (2006), refere que não se observou diminuição do risco de pré-eclâmpsia, Restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) e morte neonatal em mulheres grávidas nulíparas que receberam suplementação de vitamina C e E durante a gravidez. Vettore, M. et al (2011), refere que numa outra revisão publicada pela Cochrane o sulfato de magnésio deu melhores resultados na prevenção de eclâmpsia e na redução do risco de morte materna, em comparação com grávidas não suplementadas com sulfato de magnésio.

Neto, C. e Souza, A. e Amorim, M. (2010), reforçam a ideia da importância do sulfato de magnésio em todos os casos de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, de forma a prevenir e tratar as crises convulsivas.

A realização de CTG diário nas grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia foi de grande importância. A etiologia exata desta patologia não é conhecida, mas sabe-se que existe, de forma sistemática, uma imperfeição e incompleta invasão do trofoblasto na formação da placenta. Esta alteração reflete-se numa perfusão entre o útero e a placenta diminuída (de 2-3 vezes inferior em relação a uma gestação normal) e existe compromisso funcional das células endoteliais que provoca uma hipoxia relativa do trofoblasto e do feto. Muitas vezes, são detetadas anomalias do espectro velocimétrico nas fluxometrias das artérias uterinas e umbilicais, relacionadas com o aumento da resistência vascular. Por consequência destas alterações o feto encontra-se envolvido numa função placentária

diminuída, com repercussões em termos de oxigenação, nutrição e crescimento. Dependendo do compromisso da perfusão útero-placentar pode ocorrer morte fetal (Graça, L., 2010). Algumas consequências destas alterações, por vezes, podem ser observadas no CTG, pois alterações como: diminuição dos movimentos fetais; frequência cardíaca alterada; baixa variabilidade; acelerações prolongadas podem indicar que o SNC (sistema nervoso central) do feto não está intacto, sugerindo comprometimento de oxigenação (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Outros riscos a que o feto pode ser sujeito, segundo Vettore, M. et al (2011), perante esta patologia são RCIU, descolamento prematuro da placenta, sofrimento fetal, morte intrauterina, baixo peso e prematuridade.

Segundo as recomendações da NICE (2010), a realização do CTG de forma rotineira não traz benefícios face as mortes perinatais, morbilidade e internamentos em UCI neonatais nos casos de pré-eclâmpsias grave. Argumentando ainda que a monitorização por CTG não revela benefícios na diferença entre grávidas com pré-eclâmpsia monitorizadas e grávidas não monitorizadas, ou seja a monitorização por rotina não diminui nem maximiza os ganhos em saúde para as gestantes e fetos. A monitorização por CTG não se recomenda de forma rotineira, embora seja ainda muito utilizada desta forma, e porque a cessação desta prática não é bem aceite. Por esta razão, recomenda-se a utilização do CTG de forma racionalizada e sempre que haja sintomas e sinais de alerta na mulher que possam indicar mudança na circulação fetal.

No internamento, o CTG nas grávidas com diagnóstico de distúrbios hipertensivos, era realizado uma vez por dia, no turno da manhã. Embora as recomendações (NICE, 2010) não sejam nesse sentido, no CHTS era realizado de forma rotineira quando as grávidas tinham esta patologia. Estas utentes mostravam-se por vezes cansadas e ansiosas face a essa monitorização. Algumas vezes, existia descaptação do foco e, como os alarmes do CTG estavam ligados, acionavam-se e as grávidas ficavam assustadas, pois pensavam que algo de mal se passava com o feto.

Existem critérios de normalidade, importantes a ter em conta quando se analisa um traçado de CTG que são: linha de base normal (110-160 bmp); variabilidade longa normal (\geq 5bpm na maioria do traçado); acelerações \geq duas em 60 minutos; sem desacelerações, exceto se esporádicas (\leq duas em 60 minutos) e inferiores a dois minutos (FIGO, 2010). Todos os CTG do serviço de Obstetrícia I eram avaliados no final do dia por um clínico, mas sempre que surgiam CTG com critérios suspeitos (sem um ou mais critérios de normalidade) ou com critérios para serem considerados patológicos (variabilidade longa

reduzida ≥ 60 minutos; variabilidade curta reduzida ou padrão sinusoidal ≥ 30 minutos; desacelerações repetitivas, mais de 50 %, com variabilidade longa reduzida ≥ 30 minutos; desacelerações prolongadas, ≥ 5 minutos) era comunicado de imediato ao clínico de serviço.

A atividade de vigilância dos sinais de alerta era fundamental, pois permite diagnosticar antecipadamente qualquer alteração do estado de saúde da grávida e do bem-estar fetal. A avaliação era feita por questionamento e por observação. Informava-se a mulher sobre a necessidade de comunicar a ocorrência de alguns desses sinais ao longo do dia. Por vezes, na prática clínica, as utentes revelavam-se ansiosas e assustadas quando eram referidos estes sintomas, mas era explicado que, embora muito possivelmente a sua ocorrência não se fosse verificar, seria, no entanto, importante estarem informadas. De acordo com a literatura (NICE, 2010), sabemos que a grávida com distúrbios hipertensivos pode referir sintomas como: dor de cabeça forte; problemas de visão (visão turva); vômitos; edema súbito da face, mãos ou pés. Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) fala da possibilidade de ocorrência de cefaleias fora do comum (frequentes e severas); distúrbios visuais ou dores epigástricas. Graça, L. (2010) além de alertar para os sinais de cefaleias, epigastrialgias e/ou dor no hipocôndrio superior direito, e perturbações da visão, relata a possibilidade de ocorrer oligúria ou anúria, disfunção hepatocelular (frequentes em situações muito graves, como a síndrome de HELP) e para a hiper-reflexia que precede habitualmente as convulsões. Na nossa prática clínica, estes sintomas eram pesquisados/avaliados uma vez por turno e, sempre que presentes eram referidos ao clínico de serviço.

A avaliação dos movimentos fetais pela grávida era efetuada durante o CTG, através do toque efetuado no dispositivo manual sempre que sentia movimentos do feto. Ao analisar o registo do CTG era possível entender a sensibilidade da grávida em relação à sua perceção dos movimentos do feto, embora fossem frequentemente inferiores aos que o CTG detetava, pois este tem a capacidade de detetar movimentos mais finos, como o abrir e fechar dos olhos do feto, que não são perceptíveis por parte da grávida.

Os movimentos fetais são perceptíveis pela ecografia, aproximadamente pela sétima/oitava semana de gestação, e perceptíveis pelas grávidas por volta da 16^a-20^a semanas de gravidez. (Graça, L., 2010). Além dos movimentos fetais avaliados no CTG, realizado uma vez por turno, pedia-se à grávida para contar os movimentos ao longo do dia, pois é um critério relevante de bem-estar fetal (Graça, L., 2010). Num estudo qualitativo efetuado com 14 grávidas com distúrbios hipertensivos, com o objetivo de

entender quais os benefícios e os aspetos negativos, resultantes da informação formal no primeiro trimestre sobre os distúrbios hipertensivos, entre outros resultados salientou-se como aspeto negativo uma diminuição da contagem dos movimentos fetais ao longo da gestação (Harris, J. et al, 2014). O estudo aporta para a importância de fazer este ensino as grávidas e a importância clínica deste.

A contagem dos movimentos fetais pode ser influenciada por diversos fatores, como por exemplo pela ansiedade materna e o tipo de investimento que existe na gestação, podendo levar a uma supracontagem dos movimentos fetais, ou uma contagem inferior quando a grávida tem uma vida muito ativa. Harris, J. et al (2014) salientam para a importância deste sinal de diminuição dos movimentos fetais, o qual está muitas vezes relacionado com sinais de hipoxia fetal agravando, assim, a situação em causa. O método ensinado às grávidas, no internamento, era o de Cardiff: registo do tempo necessário para o feto fazer dez movimentos, se este tempo for inferior a doze horas não há critérios de alarme, porém esta contagem só era ensinada a grávidas com gestações superiores a 28 semanas. As grávidas eram questionadas sempre quanto a esta contagem. Outro critério de alarme era quando o feto tivesse demorado mais do dobro do tempo para fazer os 10 movimentos, quando comparado com o dia anterior. Esta contagem efetuada pela grávida é considerada um método eficaz de alerta, contribuindo para a diminuição do número de mortes fetais (Graça, L., 2010). Torna-se importante avaliar os movimentos fetais, dado que uma diminuição significativa destes pode traduzir um mau estar do feto por falta de oxigenação, devido à diminuição do fluxo placentar que ocorre nesta patologia.

Para muitas utentes o foco ansiedade era evidente, uma vez que se sentiam bem, mas muitos medos, incertezas e saudade da família, bem como expressavam a vontade de regressarem a casa. Segundo a CIPE (2011) a ansiedade é definida como uma emoção negativa de sentimentos de ameaça, angústia ou perigo.

Num estudo realizado por Nour, G. et al (2015) constatou-se que as grávidas apresentavam sentimentos de medo: de perder o filho; de morrer; incerteza sobre o futuro; das consequências da doença; ansiedade; angustia; dos riscos que o filho corria. O medo, a ansiedade e a preocupação foram os sentimentos mais expressos pelas gestantes com distúrbios hipertensivos. Uma das maiores causas para a expressão destes sentimentos é o desconhecimento sobre a patologia e a falta de informação acerca da mesma, o que provoca uma série de fatores negativos, contribuindo para a insatisfação como cuidados de enfermagem e para o incumprimento das recomendações por parte das gestantes. Torna-se fundamental reconhecer estes sentimentos.

Perante este foco de atenção é fundamental a educação em saúde, a qual deve fundamentar-se nas necessidades, interesses e problemas expressos e observados nas utentes e famílias. Os EESMO devem observar atentamente as utentes, não se cingindo apenas às intervenções técnicas, mas estando presente junto das grávidas, incentivando a expressão dos sentimentos, implementando os cuidados e minimizando as dificuldades. Cabe ao EESMO ajudar a consciencializar as grávidas e famílias sobre a patologia e que o tratamento estende-se e tem maior sucesso apenas se respeitado pela gestante que deve estar recetiva para a mudança de alguns hábitos de vida, fundamental para um bom desfecho neonatal e satisfação dos cuidados.

Segundo outro estudo os sentimentos e as necessidades mais expressas foram o desejo de orientações que garantam o entendimento da grávida sobre a doença; as complicações e o seu autocuidado (Carvalho, A. et al, 2014). Os resultados deste estudo, orientam sobre que direção os cuidados de enfermagem devem seguir, para colmatar as necessidades expressas pelas gestantes.

As gestantes interiorizam a necessidade de hospitalização como um meio para preservar a vida materna e fetal, compreendida como necessária para evitar um desfecho neonatal negativo. Porém, a necessidade de internamento desencadeia dificuldades, expressas pelas grávidas deste estudo como o afastamento abrupto do convívio social e das famílias, e por estarem submetidas a rotinas rígidas hospitalares (Souza, N. e Araujo, A. e Costa, I., 2011).

Os cuidados prestados pelo EESMO são fundamentais para o sucesso da gravidez e do bem-estar fetal. Segundo Vettore, M. et al (2011), o fator que mais contribuiu para um desfecho inadequado foi o profissional de saúde, pois as gestantes com distúrbios hipertensivos, de forma geral, aderiram às recomendações dadas para um melhor acompanhamento pré-natal.

Harris, J. et al (2014) verificaram que dar às grávidas informações formais sobre os distúrbios hipertensivos, no primeiro trimestre de gestação, trazia benefícios como: mudança de comportamentos para reduzir e melhorar o desfecho final da gestação e de pré-eclâmpsia. Pois as grávidas adotavam comportamentos adequados para a patologia em questão.

Este estudo ressalta a importância da informação dada às grávidas logo no início da gravidez, quando se diagnostica a patologia, traduzindo-se estas informações dadas pelos profissionais de saúde em comportamentos adequados, preventivos e saudáveis por parte da gestante.

Durante o nosso estágio deparamo-nos ainda com várias grávidas com patologia endócrina/metabólica, nomeadamente diabetes gestacional. Esta patologia define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, que é diagnosticada ou surge pela primeira vez, no decurso de uma gravidez (Queirós, J. e Monteiro, L., 2010).

A diabetes na gravidez é o problema metabólico mais comum da gestação, apontando para uma prevalência de 3% a 13% das gestações (SBD, 2011).

Na revisão realizada por González-Ruiz, C. et al (2014), salienta-se o facto da incidência da patologia exata da diabetes na gestação é desconhecida e diferem de acordo com inúmeras variáveis: características da população estudada; os critérios utilizados para o diagnóstico da patologia; as políticas de saúde em cada país e os recursos sanitários. De acordo com a variável etnia, as mulheres caucasianas têm uma incidência de diabetes na gestação de 0,4%; 1,5 % nas negras; 3,5%-7,3% nas asiáticas; 4,4% nas mulheres da Índia e 16% nas grávidas americanas.

Segundo a ACOG (2013), a diabetes gestacional é classificada como uma condição na qual as mulheres grávidas têm intolerância a carboidratos com início ou reconhecida durante a gravidez.

Decidimos abordar esta patologia, por ter sido encontrada com frequência ao longo do estágio e porque existem novas recomendações da DGS na abordagem à diabetes gestacional (DGS, 2011), para os procedimentos ligados aos rastreios, acompanhamento e terapêutica. Estas novas recomendações têm implicações nos cuidados de enfermagem. Segundo a DGS (2011) o diagnóstico de DG envolve duas fases em tempos distintos:

Primeira fase - avaliação da glicemia em jejum:

- Se este valor for ≤ 92 mg/dl, realiza-se a prova de tolerância a glicose (PTG) entre as 24-28 semanas de gestação com sobrecarga de 75 g de glicose;
- Se valor ≥ 92 mg/dl e ≤ 126 mg/dl procede-se ao diagnóstico definitivo de DG com referência para vigilância em consulta hospitalar e sem necessidade de PTG;
- Se valor ≥ 126 mg/dl ou valor de glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl indica uma provável diabetes anterior à gravidez, diagnosticada na gestação em curso.

Segunda fase - PTG com 75 g de glicose às 24 -28 semanas de gestação.

Esta prova realiza-se a todas as grávidas, excluindo-se as que já tenham sido previamente diagnosticadas com diabetes gestacional, ou provável diabetes prévia. Realiza-se após um jejum de 8 horas, mas não superior a 14 horas, precedido de 3 dias com atividade física regular e dieta não restritiva (pelo menos 150 g de hidratos de carbono diários);

O diagnóstico de DG ocorre quando um ou mais valores forem iguais ou superiores aos valores de referência (ver tabela I). Se os valores da PTG forem inferiores aos de referência a prova considera-se negativa para o diagnóstico de DG;

Não se recomenda a PTG antes das 24 semanas de gestação, pois não traz nenhum resultado conclusivo em relação ao diagnóstico de DG;

Nas gravidezes cuja vigilância se iniciou depois das 28 semanas, deve-se proceder à avaliação em jejum da glicemia capilar, e se esta for ≥ 92 mg/dl realizar a prova de tolerância a glicose com os mesmos valores de referência.

Hora	Glicemia Plasmática
0	≥ 92 mg/dl
1	≥ 180 mg/dl
2	≥ 153 mg/dl

Tabela I: Valores de referência da PTG (DGS, 2011)

Segundo as novas orientações da NICE (2015) a diabetes durante a gestação é diagnosticada quando um nível de glicose capilar é superior a 101 mg/dl em jejum ou superior a 140 mg/dl duas horas após a refeição. O diagnóstico precoce da DG é fundamental, pois tem um impacto de muita relevância na saúde materno-infantil e na saúde futura da mulher com implicações na redução da morbidade materna e mortalidade perinatal, na identificação de mulheres com risco acrescido de DG (pois as mulheres com DG têm um maior risco de desenvolver diabetes), na programação fetal intrauterina, pois alguns estudos revelam relação entre esta patologia e obesidade, bem como da possibilidade dos filhos desenvolverem obesidade e diabetes tipo 2 em fase tardia da vida (DGS, 2011).

Mulheres com DG têm risco acrescido de: desenvolver distúrbios hipertensivos, pré-eclâmpsia, cesarianas e os riscos que esta cirurgia implica, desenvolver diabetes *mellitus* no futuro. Além das complicações existentes para as gestantes existem maiores riscos também para os futuros filhos: macrosomia fetal, hipoglicemia neonatal, hiperbilirubinemia e distopia de ombros e trauma ao nascimento (ACOG, 2013). Estas recomendações, segundo Gouveia, C. et al (2012) multiplicaram cerca de dez vezes a prevalência da diabetes gestacional, bem como colocaram as grávidas com este diagnóstico

num declino em relação ao autoconceito de saúde e relata efeitos de stresse materno durante a gravidez quando descobrem esta patologia. Estes autores questionam se os novos critérios de diagnóstico da diabetes gestacional, por parte da direção geral de saúde, trazem benefícios em ganhos perinatais.

Um dos vários objetivos realizados num estudo retrospectivo recente (Massa, C. et al, 2015) realizado na maternidade Dr. Alfredo Da Costa, foi avaliar a prevalência da diabetes gestacional, comparando resultados obstétrico do anterior e presente rastreio desta patologia. Verificou-se que houve maior prevalência da diabetes gestacional, maior recurso a tratamento farmacológico e aumento dos casos diagnosticados no primeiro e segundo trimestres.

Wier, L. et al (2010), estimam em cerca de 7,7% das grávidas com complicações de diabetes *mellitus*, e destas, aproximadamente 90%, representavam mulheres com DG. Salientam ainda que, com o aumento da obesidade e do estilo de vida sedentário, a prevalência da diabetes *mellitus* nas mulheres em idade fértil está a aumentar. Estes números vêm reforçar a importância de intervir nesta população, dado que existem inúmeros casos desta patologia. Fundamental é a prevenção que pode ser incentivada com programas realizados pelos EESMO. Antecipando o diagnóstico e intervindo precocemente podem-se minimizar as complicações materno-fetais.

A ACOG (2013) recomenda tratamento farmacológico quando não se consegue obter, apenas com cuidados alimentares, os valores de glicemia capilar recomendados. Informando que quando há necessidade de introduzir tratamento farmacológico, a insulina e os antidiabéticos orais são equivalentes em termos de eficácia. Nicholson, W. et al (2008) salienta que num estudo de revisão sistemática não encontraram provas conclusivas acerca de quais são os valores limite de glicemia capilar que indiquem necessidade de iniciar tratamento farmacológico.

A introdução da insulinoterapia recomenda-se, segundo RCDG (2011), quando a grávida durante um período de uma a duas semanas não consegue manter os objetivos terapêuticos em relação aos valores de glicemia capilar (Tabela II).

Condição	Md/dl
Jejum	60-90
Uma hora após o início da refeição	100-120

Tabela II: Valores de objetivos terapêuticos (RCDG, 2011)

A ACOG (2013) refere que a insulina não atravessa a placenta e ajuda, de forma eficaz, num bom controlo metabólico, juntamente com cuidados alimentares. Recomenda-se insulina quando os níveis de glicemia capilar em jejum persistem mais do que 95mg/dl, ou se superiores a 140 mg/dl após uma hora da refeição, ou se superiores a 120 duas horas pós-prandial. A American Diabetes Association (ADA, 2011) e ACOG (2013) recomendam que as grávidas mantenham as glicemias capilares uma hora pós-prandial inferiores a 140mg/dl ou inferiores a 120 mg/dl duas horas pós-prandial para reduzir o risco de macrosomia fetal. Recentemente a NICE (2015) recomenda para o autocontrolo da glicemia capilar nas gestantes com diabetes gestacional, glicemia em jejum inferior a 95 mg/dl; inferior a 140 mg/dl uma hora pós-prandial e inferior a 115 mg/dl duas horas após a refeição. Enquanto a Canadian Diabetes Association (CDA, 2008) recomenda valores em jejum entre 68 mg/dl e 94 mg/dl, 138 mg/dl uma hora pós-prandial, ou 118 mg/dl duas horas após a refeição. A International Diabetes Federation (IDF, 2009) propõe que estes valores sejam ajustados e arredondados, pois valores exatos de acordo com estas duas recomendações, citadas anteriormente, não são possíveis.

No serviço do CHTS, os valores terapêuticos de referência eram em jejum entre 60-90 mg/dl e de 100-120 mg/dl uma hora após início das refeições principais.

Em relação aos antidiabéticos orais, a ACOG (2013) informa que são cada vez mais usados, embora ainda não aprovados pela Food and Drug Administration, no caso dos Estados Unidos. A insulinoterapia é a opção primária quando não se conseguem manter valores de glicemia capilar terapêuticos, porém os antidiabéticos orais trazem diversas vantagens:

mais fácil administração, diminuição dos custos e maior satisfação das gestantes (Relatório de Consensos sobre a Diabetes e Gravidez, RCDG, 2011).

A evidência científica de estudos observacionais e randomizados mostra que os níveis de glicose capilar das grávidas, controladas com antidiabéticos orais, não difere de forma significativa das grávidas controladas com insulina (ACOG, 2013). Nicholson W. et al, (2008) revela que não existe evidência consistente que sugira maiores efeitos adversos neonatais e maternos com o uso de antidiabéticos orais em comparação com o tratamento insulínico. Embora os dados atuais não demonstrem efeitos adversos de curto prazo na terapia com antidiabéticos orais durante as gravidezes com DG, os resultados a longo prazo ainda tem de ser estudados (ACOG, 2013). Esta pode ser uma razão para a utilização de insulina, em comparação com o uso de antidiabéticos orais, ser mais utilizada, como se verificou nas grávidas internadas ao longo do estágio realizado.

As novas recomendações da DGS, segundo Gouveia, C. et al (2012), mostram um aumento de alguns factos perinatais adversos: internamento em unidades de tratamento neonatais e induções de parto, causados, segundo o estudo analisado por estes autores, pelo tratamento intensivo a que estas grávidas são submetidas.

A International Diabetes Federation (IDF, 2009), questiona se será necessário seguir as novas recomendações, propostas a todas as gestantes com DG, e verificou-se num estudo (Griffin M. e et al, 2000) que ao fazer estes testes apenas a utentes com fatores de risco (idade materna avançada; diabetes em gestações anteriores; pertencer a uma etnia com mais incidência da patologia; historia de macrosomia fetal) se perderam muitas utentes com diabetes na gravidez não diagnosticada. Por este estudo salienta-se a importância da realização das recomendações da DGS (2011) para evitar correr o risco de não diagnosticar DG a utentes sem critérios de risco aparentes. Torna-se essencial o tratamento e a vigilância da DG para diminuir as complicações materno-fetais que possam surgir e maximizar o melhor desfecho final possível.

Durante o internamento foram prestados cuidados de enfermagem especializados a dezassete grávidas com Diabetes, doze destas apresentavam diabetes gestacional e as outras cinco eram utentes com diabetes prévia. Perante este número significativo de gestantes com esta patologia, foi possível aprofundar os conhecimentos sobre a mesma e desenvolver maior competência nos cuidados prestados.

Schmalfuss, J. et al (2014) reforçam quão essencial é que o cuidado prestado à mulher com DG seja rigoroso, tendo em conta todas as complicações potenciais e efeitos adversos que a patologia pode trazer para a saúde materno-infantil.

Segundo o primeiro estudo randomizado em larga escala, realizado a 1000 mulheres, por Crowther, C. et al (2005), o tratamento da DG demonstrou grandes benefícios: redução da taxa perinatal; distocia de ombros; traumas no nascimento, incluindo fratura ou paralisia do nervo; diminuição da macrosomia. Os benefícios em relação aos resultados maternos foram a redução significativa da pré-eclâmpsia e menos partos por cesariana. Recomenda-se o tratamento destas gestantes com dieta adequada e, quando necessário, utilização de tratamento farmacológico, para benefício materno e fetal.

Mais complicações são expostas relativamente a patologia da DG na revisão integrativa da literatura de Schmalfuss, J. et al (2014) que segundo alguns autores (Montenegro, R. e Rezende, J., 2011; Oppermann, M. e Reichelt, A., 2011; Ricci, S., 2008; Tamez, R., 2009) são: hipoglicemia; hiperglicemia; cetoacidose; retinopatia; trabalho de parto pré-termo; parto por cesariana por distócia de ombros, anomalias congênitas; diminuição do crescimento cerebral; macrosomia fetal; fratura da clavícula; lesão do plexo braquial; hipoglicemia e hiperbilirubinemia neonatal e doença da membrana hialina.

A revisão de González-Ruiz, C. et al (2014), aponta para mais algumas complicações para as gestantes e fetos de grávidas com DG: riscos associados a necessidade de induzir o parto; cardiopatias fetais; síndrome de dificuldade respiratória; imaturidade pulmonar; hipocalemia; carência de magnésio; diminuição da capacidade motora; possibilidade do feto desenvolver Diabetes *Mellitus* (DM) e obesidade acrescida no futuro do feto.

Os cuidados prestados às grávidas com DG, além de minimizar os riscos relacionados à doença, favorecem um melhor prognóstico para a gestante e feto. Os enfermeiros, desta forma, minimizam os riscos e complicações relacionados com a diabetes através de orientações fornecidas e trabalho em conjunto com a gestante (Schmalfuss, J. et al, 2014). Por vezes o controlo da DG torna-se difícil para algumas utentes e há necessidade de uma vigilância mais apertada, pois estes valores de glicemia capilar desregulados podem traduzir-se em problemas graves para a grávida e o feto, motivo de necessidade de internamento hospitalar.

Idade superior a 25 anos; história familiar de DM; história de abortos anteriores; história de macrosomia fetal; história de DG e IMC superior ou igual a 25 kg/m² são os fatores de risco mais apontados para desenvolver esta patologia (Kalra, P. e Kachhwaha, C. e Singh, H., 2013; González-Ruiz, C. et al, 2014). A NICE (2015), de acordo também com o autor referido anteriormente, apresenta os seguintes fatores de risco nas mulheres e que podem predizer DG: IMC superior a 30 kg/m²; macrosomia fetal (superior a 4,5 kg); DG anterior e história de familiares com diabetes.

As atividades diagnósticas realizadas pelos EESMO a estas utentes foram: avaliação do conhecimento sobre a patologia, sinais de alarme, alimentação adequada, estilo de vida, expectativas para a gravidez, medos associados a ter uma gravidez de risco, estrutura e relações familiares, monitorização da glicemia capilar, ensinamentos sobre a autoadministração de insulina, avaliação das características da urina, avaliação da TA, monitorização fetal por CTG, monitorização do peso corporal e incentivar o autocuidado, principalmente com a pele.

A revisão integrativa da literatura realizada por Schmalfuss, J. et al (2014) entre 2004-2013 com o objetivo de identificar os cuidados de enfermagem realizados a gestantes com diabetes durante o período pré-natal, salienta aspetos importantes como: avaliação da história clínica; identificação de fatores de risco; avaliação da TA; monitorização do peso corporal; cálculo do índice de massa corporal (IMC); auscultação dos ruídos cardíacos fetais; avaliação da glicemia capilar; manutenção de dieta adequada; atividades de educação para a saúde - ensinar sobre diabetes; estimular as gestantes para o autocuidado; mudanças de comportamento; empoderamento da grávida; planeamento e negociação em relação às suas preferências alimentares -.

Segundo as recomendações da NICE (2015), as intervenções a realizar a grávidas com DG são: explicar as implicações do diagnóstico da patologia para ela e para o feto; ensinar a automonitorização da glicemia capilar; aconselhar sobre a dieta saudável e a prática de exercício físico regular.

No internamento, as utentes que controlavam a glicemia com apenas a dieta deviam monitorizar a glicemia capilar em seis momentos: antes das principais refeições e uma hora após o início das refeições principais. Se durante as duas semanas de internamento estas utentes mantivessem os valores nos objetivos terapêuticos (ver tabela 2) a monitorização da glicemia capilar era efetuada apenas em jejum e uma hora após as principais refeições. Torna-se essencial a monitorização dos valores da glicemia capilar nestas utentes para verificar se com o controlo da dieta se obtêm valores desejados dos níveis de glicose no sangue. No caso de não serem atingidos os objetivos, como recomendado pela DGS (2011), procedia-se a administração da insulina segundo protocolo do serviço. No caso das grávidas com DG a fazer insulina, as pesquisas eram quatro: uma em jejum e uma hora após as principais refeições.

A IDF (2009), recomenda o controlo da glicemia capilar após uma hora da refeição em vez que após duas horas, uma vez que diminui mais as possíveis complicações das grávidas com DG e em particular da macrosomia fetal. Segundo a ACOG (2013) não

existem evidências suficientes acerca de quantos devem de ser os momentos de monitorização da glicemia capilar nas grávidas com DG. Aconselha-se que sejam avaliados os níveis de glicose no sangue quatro vezes por dia: em jejum e 1/2 horas após as principais refeições. Informa que as mulheres com níveis glicémicos bem controlados, a frequência das monitorizações de glicemia capilar podem ser modificadas. Os níveis glicémicos após as refeições são os mais importantes a serem controlados, pois são estes que predizem uma maior possibilidade de macrossomia fetal e morbilidade. Tal como era efetuado no internamento, os valores pós-prandiais eram sempre monitorizados, uma vez que predizem de forma mais evidentes complicações materno-fetais.

A dieta, no controlo glicémico, numa grávida com diabetes é fundamental e para tal é importante identificar os hábitos alimentares da gestante, informar sobre os hábitos mais adequados, as estratégias para os alcançar e avaliar se ocorre uma mudança de comportamento por parte destas.

A redução da ingestão de carboidratos é uma estratégia eficaz para ajudar no controle dos níveis de glicose no sangue. Utilizar alimentos com baixo índice glicémico pode ajudar a reduzir a elevação da glicemia capilar pós-prandial, podendo também reduzir a taxa do uso de insulina, sem comprometer os resultados obstétricos e fetais (IDF, 2009). A NICE (2015) reforça esta orientação recomendando uma dieta saudável durante a gravidez, enfatizando que os elementos de alto IG devem ser substituídos pelos alimentos de baixo IG. Os objetivos de uma alimentação adequada em mulheres com DG são atingir a normoglicemia, prevenir as cetoses, proporcionar um aumento adequado de peso na grávida e contribuir para o bem-estar fetal.

Recomendam-se três refeições principais e dois lanches para distribuir a ingestão de glicose e diminuir as variações destes níveis pós-prandial (ACOG, 2013). Segundo o RCDG (2011), recomenda-se que as grávidas com DG sigam determinadas recomendações alimentares:

- Plano alimentar personalizado, elaborado por um nutricionista. Dieta equilibrada com três refeições principais e 2/3 refeições intermédias (meio da manhã, 1-2 lanches) e uma refeição antes de se deitar. Esta deve compreender leite ou substitutos, acompanhados com alimentos ricos em hidratos de carbono, de forma a evitar a hipoglicemia noturna e a cetose matinal;
- 50/55% Ingestão de hidratos de carbono, 30% ingestão de gorduras e 15/20% ingestão de proteínas;
- Estar presentes minerais, vitaminas e fibras;

- Ingestão de água e desaconselhar bebidas alcoólicas;
- Prática de exercício regular, preferencialmente a marcha, sobretudo em períodos pós-prandial.

As orientações nutricionais, segundo Zugaib M. (2008) devem ser fornecidas por um nutricionista. No geral as recomendações são a ingestão calórica de 1'800-2'220 calorias diárias.

A ADA (2011) recomenda aconselhamento por nutricionista para todas as gestantes com DG, sempre que possível, com plano nutricional personalizado com base no índice massa corporal (IMC). Mulford, M. (1993, cit. por ACOG, 2013) sugere uma alimentação com 33-40% das calorias provenientes de hidratos de carbono e as restantes recomenda-se 20% provenientes das proteínas e 40% das gorduras.

A carência de vitamina D apresenta-se muito incidente nas grávidas com DG. Esta falta nutricional está também associada às populações com obesidade, o que é um fator de risco para a diabetes na gestação (Alzaim, M. e Wood, R., 2013).

Durante o internamento observou-se alguma dificuldade das gestantes em cumprir a dieta aconselhada pois, muitas destas, tinham hábitos alimentares muito desadequados e a mudança de comportamentos alimentares muito grande é difícil. A vontade de comer alimentos desadequados era observada muitas vezes quando as visitas e os familiares traziam alimentos como: chocolates, petiscos, refrigerantes. O desejo de cumprir uma alimentação adequada e o de ingerir determinados alimentos desadequados eram vontades muito difíceis de equilibrar para estas mulheres, sentindo sentimento de culpa por consumirem determinados alimentos e de poderem estar a colocar a vida do filho em risco.

O EESMO tem um papel primordial perante estas situações, atuando como elemento facilitador. Deve planejar e negociar as preferências alimentares com as gestantes (Schmalfuss, J. et al, 2014). Foram informadas as gestantes sobre os alimentos mais adequados, explicando os motivos. Tentou-se negociar uma dieta não demasiado restritiva para obter também maior cumprimento da mesma.

A prática de exercício físico, que segundo a ADA (2011) aconselha um programa de exercício moderado, integrado no plano de tratamento de uma grávida com DG. Porém, salienta-se o facto de existirem poucos estudos (Jovanovic-Peterson, L. e Durak, E. e Peterson. C., 1989; Bung, P. et al, 1993) sobre os benefícios da prática de exercício físico na melhoria dos níveis de glicose em grávidas com DG e os estudos existentes são de amostras pequenas e limitados por esta mesma razão. Porém, a ACOG (2002) recomenda a prática de

30 minutos de exercício físico, durante a gestação sem intercorrências, na maior parte dos dias da semana. Não há indicações que esta prática seja desaconselhada para grávidas com DG.

Torna-se fundamental que o enfermeiro encoraje a grávida na prática regular de atividade física, ajuda no bem-estar da gestante e do feto bem como pode ser um futuro bom hábito após a gestação (Dumith, S. et al, 2012). A prática regular de exercício físico, por parte da gestante com DG, está associada a diminuição dos riscos de pré-eclâmpsia (Andrade, E. et al, 2010; Coutinho, T. et al, 2010). A prática de exercício pode ser um adjuvante no controlo da glicemia capilar nas gestantes com DG. Esta prática predispõe a mulher a um aumento da sensibilidade à insulina, possibilitando assim a desnecessidade do uso da mesma ou uma diminuição do seu consumo (IDF, 2009).

A NICE (2015), reforça esta orientação, recomendando a prática de exercício regular por parte da gestante com DG, dando o exemplo da prática de 30 minutos de caminhada após a refeição para melhorar o controlo da glicose no sangue. Durante o internamento foram mencionadas estas recomendações, bem como as vantagens associadas as mesmas. As grávidas eram encorajadas a realizar umas caminhadas pelo serviço após as refeições. Quase todas as gestantes cumpriam esta prática, mesmo quando presentes os familiares.

Fundamental é, também, informar e orientar a utente em relação ao repouso que deve de ser equilibrado e bem mensurado com a prática de atividade física. Salientada também esta orientação pela revisão integrativa da literatura de Schmalfuss, J. et al (2014), reforçando que os cuidados com o sono devem ser estimulados nas gestantes com DG, de forma a evitar descompensações pela falta de repouso. Quando os níveis de glicose capilar não são controlados com a dieta, exercício e tratamento farmacológico, é importante e essencial a vigilância da grávida e do feto. A ACOG (2013) recomenda a vigilância fetal quando as grávidas não têm os níveis de glicemia capilar controlados.

Por estas mesmas razões, as utentes encontravam-se em regime de internamento, por incapacidade em manter os níveis glicémicos recomendados e seguros para um bom desfecho neonatal, necessitando de vigilância materna e fetal contínua.

Como evidencia o mencionado até este momento, são vários os estudos realizados nesta área acerca das formas de tratamento e prevenção desta patologia, mas também é de salientar a importância de cuidar da parte psicológica da utente e família, que muitas vezes vem desvalorizada e negligenciada.

Tal como nas grávidas com distúrbios hipertensivos, as utentes expressavam verbalmente e através de comportamentos gestuais sentimentos que demonstravam ansiedade: medo acerca do futuro e do desfecho do parto, incerteza, insegurança, saudades de casa, entre outros.

Segundo um estudo qualitativo (Araújo, M. et al, 2013), com objetivo de compreender o significado das experiências vivenciadas por grávidas com DG, em regime de internamento, as participantes expressaram aspetos positivos com a possibilidade de ser mãe; o acesso a tratamento em regime de internamento e a convivência com outras mulheres na mesma situação clínica; e aspetos negativos como o impacto do diagnóstico e o afastamento da família e do domicílio.

Durante o estágio profissionalizante, as gestantes compartilhavam e expressavam os seus sentimentos, criou-se uma relação de ajuda e de confiança que permitiu uma aproximação pessoal e a expressão, por parte das grávidas, de todos os medos e incertezas sentidas. Para compreender o que as gestantes sentiam foi necessário estabelecer esta relação de confiança e somente estando com elas, junto das mesmas, foi possível perceber os sentimentos e as emoções por elas expressos. Araújo, M. et al (2013) salientam que para atingir os melhores cuidados de enfermagem é necessário o estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e a gestante.

As utentes expressavam, além dos medos e receios sobre a patologia que estavam a viver em relação a elas mesmas e ao filho, também preocupações sobre a família em casa, como se estariam a organizar sem a presença da mesma. É fulcral entender as gestantes profundamente: as próprias experiências de vida; os temores: as ansiedades e os sonhos, pode ser um meio para facilitar o estabelecimento do vínculo entre o EESMO e a gestante e consequentemente uma relação de cuidado eficaz (Schmalfuss, J. et al, 2014).

É essencial que o EESMO potencie o diálogo, esteja sensibilizado, promovendo escuta ativa, disponibilizando momentos para a grávida expressar os sentimentos em ambiente tranquilo e resguardado, dar informação sobre os procedimentos a realizar e o *feedback* dos mesmo, bem como esclarecer dúvidas expressas e realizar reforço positivo sempre que existem comportamentos adequados e esforços por parte da gestante.

Segundo o estudo de Torres, H. e Pace, A. e Stradioto, M. (2010), destaca-se a importância da grávida ser proativa no seu cuidado para o sucesso do tratamento e vivência satisfatória da gravidez, facilitando, desta forma, a convivência com uma gestação de risco imposta pela patologia da DG. Torna-se essencial que a grávida seja informada

sobre o autocuidado e sobre as consequências que a negligência com o tratamento pode causar.

As intervenções do enfermeiro ESMO devem de incluir a família, dando apoio e orientações, de forma a ajuda-los a lidar melhor com a gestante e as suas condições de risco e capacitá-los a promover o suporte que a mesma necessita (Schmalfuss, J. et al, 2014).

Estas intervenções, por parte do EESMO, contribuem para a redução da ansiedade e melhoria da qualidade de vida da mulher no internamento, humanizando desta forma os espaços de saúde. Porém, reforça-se a ideia de que o enfermeiro além de oferecer suporte e apoio emocional, oriente as gestantes com DG acerca do plano alimentar; do controlo glicémico; dos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia; sobre a utilização de insulina de forma correta; a monitorização dos MF e a realização de exercício físico (Schmalfuss, J. et al, 2014).

Cuidar de forma holística, compreender cada grávida com DG como um ser único torna-se fundamental. A grávida passa pela consciencialização de estar doente e como tal o feto também poder estar em perigo, longe do ambiente familiar e de toda a família e pessoas de confiança. Estas características colocam a gestante numa situação de fragilidade física e emocional. Acontecem mudanças repentinas, onde há dificuldade em gerir todos os sentimentos, por esse motivo, é essencial criar uma relação de empatia e de confiança para com a gestante e não apenas cingirmos às tarefas técnicas. O apoio emocional torna-se essencial e traz benefícios até em termos diagnósticos pois, confiando no EESMO, a grávida sente-se mais motivada para cumprir as recomendações dadas.

O EESMO deve estar atento à influência forte que o vínculo da confiança, criado com a grávida, possa significar para o autocuidado salienta Landim, C. e Milomens, K. (2008).

2.2 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto

De acordo com os objetivos traçados pela ESEP, para o estágio profissionalizante no módulo “Trabalho de Parto e Parto”, com a duração de 500 horas, foi possível adquirir e desenvolver determinadas competências, específicas do EESMO, e delineadas pela OE

(2010), relacionadas com o cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (TP). Cada competência apresenta-se com descritivos e unidades de competência:

- Descritivo: cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.
- Unidades de competência: promover a saúde da mulher durante o TP e otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN; providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/com concomitante à gravidez e/ou com o TP.

De acordo com a OE (2010), os objetivos delineados para o estágio módulo de estágio – “Trabalho de Parto e Parto” - foram:

- Demonstrar os conhecimentos teóricos adquiridos em situações que requerem cuidados especializados à mulher em situação de trabalho de parto e parto;
- Recontextualizar saberes teóricos através de atividade diagnóstica desenvolvida perante situações que requerem cuidados especializados;
- Identificar problemas, delinear intervenções à parturiente e RN, a partir de fenómenos e diagnósticos de enfermagem;

O desenvolvimento das competências foi possível através de atividades de conceção, planeamento, e implementação e avaliação de intervenções de enfermagem.

Algumas das utentes internadas no Bloco de Partos eram portadoras de algumas patologias associadas à gravidez, e outras prévias, que possibilitaram, além do desenvolvimento dos objetivos traçados, uma vasta e diversificada oportunidade de aprendizagem e motivação para pesquisas bibliográficas. Algumas das patologias prévias encontradas foram: Hipertensão, Patologia Cardíaca, Epilepsia e Diabetes. As patologias encontradas mais ligadas à gravidez foram: DG, Pré-eclampsia e Oligoâmnios.

Os partos efetuados foram 45 e os participados foram 32. Existiram dois partos efetuados por interrupção médica da gravidez, um com 28 semanas de gestação e outro com 20.

O gráfico II permite identificar todos os partos onde houve interação e as suas características, no contexto do estágio. Muitas das utentes que entraram pela urgência obstétrica e ginecológica não foram para a sala de partos, ou sala de expectantes, por falta de critérios obstétricos, sendo encaminhadas para o domicílio com as devidas recomendações e informações sobre os sinais de alarme.



Gráfico II: Número de partos efetuados de acordo com as suas características.

Segundo Montenegro, C. e Rezende Filho, J. (2014) e Graça, L. (2010) o TP engloba quatro períodos: dilatação, expulsão, dequitação e período de Greenberg. O primeiro período caracteriza-se pela descida do fundo uterino até atingir a dilatação e extinção máxima do colo do útero devido às contrações uterinas. Este primeiro período do parto subdivide-se na fase latente: até os três centímetros de dilatação do colo uterino, o que pode durar até 14 horas numa múltipara e até 20 horas numa nulípara e na fase ativa: desde os quatro centímetros de dilatação até à dilatação máxima de 10 centímetros. Esta fase ativa, por sua vez, divide-se em três fases (aceleração, declive máximo e desaceleração). Segundo os mesmos autores, o período expulsivo inicia-se com a dilatação completa e termina com a saída do feto, o que pode demorar para uma nulípara entre 40 a 60 minutos e para uma múltipara 15 a 20 minutos. Relativamente ao terceiro período do TP, que tem uma duração aproximada de 30 minutos, inicia-se após a saída do feto e termina com o descolamento completo da placenta. A última fase do trabalho de parto (considerada importante pelo risco elevado de hemorragia) inicia-se após o descolamento completo da placenta e, uma hora após a mesma. Este período caracteriza-se pela Miotamponagem (útero contrai e palpa-se entre a púbis e o umbigo), Trombotamponagem (formação de trombose que após uma hora da dequitação assegura a defesa contra e hemorragia), Indiferença miouterina (útero contrai e relaxa, com risco de hemorragia) e Contração uterina fixa: após uma hora o útero adquire maior tônus e mantém-se assim contraído (Montenegro, C. e Rezende Filho, J., 2014; Graça, L., 2010).

No Centro Hospitalar Tâmega e Sousa as utentes entravam pelo Serviço de urgência de Obstetrícia e Ginecologia que funcionava 24 horas e eram avaliadas pela Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Após uma primeira abordagem, identificavam-se as necessidades de acordo com os focos de atenção à grávida ou utente de ginecologia e eram planeadas e implementadas as intervenções mais adequadas. O médico era igualmente informado sobre a chegada da utente. Algumas iam diretamente para a sala de parto, outras para a sala de expectantes, e outras, ainda, para a sala onde ocorriam as interrupções espontâneas da gravidez (normalmente no primeiro trimestre). Algumas mulheres eram encaminhadas para casa, pois não tinham critérios para ficar internadas, enquanto outras eram encaminhadas para a consulta externa.

Para considerar uma grávida em trabalho de parto, esta deve apresentar um conjunto de fatores que, isolados, não são suficientes para à considerar em trabalho de parto - contrações dolorosas rítmicas ao longo de todo o útero e com duração de 50 a 60 segundos, formação da bolsa de líquido amniótico, perda de rolhão mucoso e percentagem de extinção do colo uterino (Montenegro, C. e Rezende Filho, J., 2014). Diretrizes internacionais definem o TP como a presença de contrações uterinas, pelo menos duas em 15 minutos e, pelo menos, dois dos seguintes sinais: colo dilatado com três ou mais centímetros, apagamento cervical, rutura espontânea das membranas (Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010).

Perante a avaliação destes parâmetros e dos fatores de risco, ou por patologias inerentes à gravidez e patologias prévias à gestação, as utentes iam para a sala de partos ou para a sala de expectantes (estas eram monitorizadas e avaliadas periodicamente até apresentarem critérios para ir para a sala de partos).

Sempre que possível, as grávidas eram admitidas tendo presentes estes critérios mencionados anteriormente, de forma a passarem menos tempo na sala de expectantes, menos uso de ocitocina durante o TP, e de modo a ter parturientes com maior controlo da dor, reduzindo a necessidade de analgesia. Evitam-se, assim, admissões por falso TP. Tendo também como resultado um TP mais curto com um segundo período de parto mais curto (Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010).

Numa fase inicial, a grávida era informada sobre a possibilidade de estar acompanhada durante todo o trabalho de parto e parto, por uma pessoa que desejasse. Realizou-se uma colheita de dados sobre a parturiente: Idade gestacional, se SGB positivo, antecedentes patológicos, paridade, patologias associadas à gravidez, sobre a existência de plano de parto, o desejo de analgesia, a frequência do curso de preparação para o parto,

sobre o desejo de amamentar na primeira hora de vida do RN, o nome do RN, a vontade de contacto pele-a-pele com o RN. Recolhia-se a primeira roupa que desejasse que o RN vestisse e inquiria-se sobre quem quer que seja a realizar o corte do cordão umbilical (caso fosse possível) e sobre o desejo de colheita de sangue do cordão umbilical para criopreservação. Avaliava-se sobre dúvidas e medos sentidos no momento.

Como processo de enfermagem era identificado o foco Trabalho de parto o qual era avaliado segundo o índice de Bishop. De acordo com o período do trabalho de parto em que a grávida se encontrasse, identificava-se o foco dor quando presente (CIPE, 2011).

Verificou-se que eram poucas as utentes que entraram para a sala de partos e que possuíam Plano de Parto. Este foi concebido para eliminar determinadas práticas rotineiras (episiotomia, tricotomia, enemas, indução do parto) sem evidência científica. Já em 1985 a OMS apelava ao direito da mulher em eleger o tipo de parto que deseja, reconhecendo-lhe poder. Segundo Suárez-Cortés, M. et al, M. (2015), trata-se de um documento escrito, com carácter legal, em que a mulher, devidamente informada sobre a gravidez e o parto, expressa os seus desejos e expectativas sobre o seu parto com a parteira, dentro das boas práticas para o seu parto sob condições normais. O plano de parto deve ser respeitado, sempre que possível, pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, o que proporciona à parturiente um efeito positivo e de satisfação. De acordo com Suárez-Cortés, M. et al, M. (2015) o plano de parto e nascimento traz um aumento da vontade do contacto pele a pele, da clampagem tardia do cordão umbilical e um aumento da taxa de partos normais. Estas práticas trazem ganhos em saúde, em termos económicos, por menor tempo de hospitalização para a parturiente e para o RN. É reforçada também a autonomia da mulher quanto à vontade de ingerir alimentos ou líquidos, de não desejar enemas, tricotomia do períneo e quanto a posição durante a dilatação e parto. Cabe à EESMO empoderar e dar conhecimento à grávida deste direito que tem. Durante o estágio, embora poucas senhoras tivessem o Plano de Parto e Nascimento, foram identificados todos os desejos que a parturiente referia para o parto e foram realizados todos os que eram possíveis ao longo do trabalho de parto e após o nascimento do bebé.

A vigilância do TP no CHTS era registada através do partograma e era realizada com a monitorização cardiotocográfica. O cardiotocograma permite a monitorização contínua da frequência cardíaca e da contractilidade uterina, permitindo registo e classificações dos tratados cardiotocográficos. As novas *guidelines* da FIGO (2015) criaram um consenso alargado sobre a técnica de monitorização e vigilância durante o TP. Relativamente à fisiologia da oxigenação fetal e aos objetivos principais da monitorização, esta evita lesões

relacionadas com a hipoxia/acidose e a realização desnecessária de intervenções que podem acarretar morbidade materna ou fetal. A fisiologia da oxigenação fetal pode-se identificar através de gasimetria do cordão umbilical no terceiro período do TP. Em contexto de estágio esta era realizada aquando a suspeita de hipoxia/acidose fetal. Relativamente à cardiotocografia, estabeleceu-se a linha basal e deveria ser avaliada em períodos de 10 minutos, sendo os valores considerados normais entre 110-160 batimentos por minuto. A variabilidade normal considera-se entre 5 e 25 batimentos/minuto (bpm). As acelerações são consideradas elevações abruptas da frequência cardíaca fetal, acima da linha de base superior ou igual a 15bpm e com duração superior a 15 segundos, enquanto as desacelerações são definidas como diminuições da linha de base superior a 15bpm e com duração superior a 15 segundos. São caracterizadas as desacelerações precoces; desacelerações variáveis; desacelerações tardias e as desacelerações prolongadas.

O padrão sinusoidal é regular com uma amplitude de 5 a 15bpm, com ondulação do sinal, frequência de 3-5 ciclos por minuto e com duração mínima de 30 minutos. Considera-se taquisistolia quando ocorrem 5 ou mais contrações em 10 minutos em dois períodos consecutivos de 20 minutos. Estes são os parâmetros através dos quais é possível definir o traçado cardiotocográfico normal, suspeito ou patológico. Nos traçados normais não é necessária intervenção. Com a presença de um traçado patológico (linha basal inferior a 110bpm, variabilidade aumentada ou reduzida, padrão sinusoidal, desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas) é necessária intervenção imediata. Os traçados cardiotocográficos suspeitos (apresentam pelo menos um dos critérios de normalidade ausente, mas sem características de traçado patológico) preconiza-se reversão de causas subjacentes e monitorização estreita do estado de oxigenação fetal. No CHTS estes critérios e indicadores eram tidos em conta. Sempre que existia um traçado suspeito ou patológico era dada essa informação e, por vezes, consequentemente realizava-se a gasimetria do sangue do cordão umbilical para despistar possível situação de hipoxia ocorrida durante o TP. Foram poucos os casos com necessidade de intervenção e com traçado não tranquilizador.

Quanto à auscultação contínua ou intermitente as *guidelines* recomendam que a frequência cardíaca fetal seja avaliada durante pelo menos 60 segundos, incluindo o período durante e 30 segundos após a contração. Os intervalos de auscultação intermitente recomenda-se que sejam de 15 em 15 minutos durante a fase activa do primeiro período do TP, e de 5 em 5 minutos no segundo período do TP. A auscultação intermitente exige profissionais de saúde bem treinados em identificar rapidamente todos os parâmetros do

cardiotocograma (FIGO, 2015; Santos, S., 2016). Em contexto de estágio, a monitorização cardiotocográfica era realizada de forma rotineira contínua. Apenas as utentes que se encontravam na sala de expectantes realizavam a monitorização inicialmente, durante 30 minutos e, depois de forma intermitente. Tentou-se, quando possível, a cardiotocografia intermitente, mas as próprias utentes não se mostraram interessadas, muitas vezes por medo e/ou por falta de conhecimento sobre o assunto. As grávidas foram esclarecidas sobre essa possibilidade, porém, também não houve abertura por parte do tutor para realizar a cardiotocografia intermitente.

A vigilância da progressão do TP, no CHTS era monitorizada e registada no Partograma. Este permite acompanhar a evolução do mesmo, documentar o TP e diagnosticar as alterações e avaliar as tomadas de decisão, evitando intervenções desnecessárias. Este método de registo da avaliação e monitorização diferencia a progressão do TP em parto normal ou anormal, identificando as utentes com necessidade de intervenção. Porém, pode levar a intervenções desnecessárias (maior frequência de amniotomias, analgesia, ocitocina) por comparar a evolução entre parturientes de forma generalizada. O partograma fornece um registo legal que comprova o desenvolvimento e progresso do mesmo (Amorim, M., Porto, A. e Souza, A., 2010). No partograma do CHTS registava-se a dilatação do colo uterino, percentagem de extinção, hora de rutura das membranas (se espontânea ou artificial), eventuais características do líquido amniótico, plano de Hodge, frequência cardíaca fetal, intensidade de dor, tensão arterial materna, frequência cardíaca materna, se medicação em curso (misoprostol, ocitocina,..) e glicemia capilar (GC) no caso das utente Diabéticas.

A questão do jejum, no momento em que a grávida entrasse na sala de partos, foi um fator que suscitou oportunidade de discussão e de pesquisa bibliográfica. No CHTS as utentes, assim que entrassem na sala de trabalho de parto, eram informadas para não ingerirem nenhum alimento sólido ou líquido, permitindo-se apenas humidificar os lábios com água. A justificação dos profissionais da instituição era a possível necessidade da utente precisar de uma cesariana de urgência, com necessidade de anestesia geral. Tal justificação perde valor, uma vez que são raras as necessidades de anestesia durante o parto, principalmente em utente com baixo risco. Conclui-se que não existe evidência para restrição de alimentos e líquidos durante o TP em utente com baixo risco. Segundo Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A. (2010), a ingestão de uma dieta leve em apenas água previne o aparecimento de cetose. As utentes que desejam realizar analgesia epidural podem beber líquidos claros. O jejum apenas se recomenda à utente com previsão de

cesariana com anestesia geral, ou fatores de risco associados. A ingestão de líquidos claros é defendida também pela OMS (Prates, A. e Madruga, C., 2010). Algumas grávidas expressam sentir-se com mais força durante o trabalho de parto quando se alimentam, enquanto outras referem que pode ser um elemento que atrapalha (Wei C. e Gualda, D. e Junior, H., 2011). Em contexto de estágio não era permitida a nenhuma parturiente ingerir líquidos e alimentos, apenas uma médica permitia líquidos claros. Não existiu possibilidade de mudança desta prática.

As utentes que se encontravam na sala de partos, no primeiro período de trabalho de parto, e que não apresentavam fatores de risco que implicassem monitorização fetal e materna contínua, eram incentivadas a adotar a posição que mais preferissem durante essa fase (WHO, 2013; OMS, 2012; Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010). Segundo a uma revisão randomizada de Lawrence A. et al (2013), salienta que a deambulação e a posição ereta, no primeiro período da fase do TP, reduz a duração do TP, o risco de necessidade de cesariana, a necessidade de analgesia epidural e aumenta o bem-estar do RN. A OMS (2012) recomenda informar as utentes com baixo risco destes benefícios. Na nossa prática do CHTS, as utentes eram informadas e esclarecidas sobre estes benefícios e eram incentivadas à deambulação e à utilização da bola de parto. Porém, nem todas se demonstravam despertas para estas práticas, expressando medo por realizarmos auscultação intermitente fetal e materna, bem como expressavam que preferiam estar deitadas por estarem com soroterapia instituída. Foram esclarecidos os medos, referindo que, tratando-se de uma gravidez sem fatores de risco, não era necessária a monitorização contínua e que, se mesmo assim preferissem, poderia ser feita na bola de partos, uma vez que o comprimento das cintas do CTG permitiam alguma liberdade de movimentos (Santos, S., 2016; FIGO, 2015). Existem relatos que identificam medo e insegurança por parte da parturiente em fazer força e achar que o RN pode cair no chão, não desejando assim deambular e estar na bola de parto (Wei C. e Gualda, D. e Junior, H., 2011). Existiram porém, algumas grávidas, mais informadas, que por iniciativa própria expressaram vontade de deambular e estarem na bola de parto. Acima de tudo respeitou-se a individualidade e a autonomia da escolha da grávida, pois o recomendado é permitir a liberdade de movimentos que para muitas parturientes pode ser alternar decúbitos no leito.

Um dos grandes receios e motivos de preocupação nas gestantes era a possibilidade de defecar durante o TP. No CHTS, na admissão da grávida, questionava-se sobre e quando a última dejeção que a mesma tinha tido e, se fosse há mais de 24 horas, ofereciam um clister para esvaziar o intestino sendo explicado como o fazer e encaminhada

para um WC. Atualmente não se recomenda, como rotina, a realização de enema durante o TP (Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, 2011). Pensava-se que isto facilitasse o TP por estar com o reto vazio, e que reduzisse a contaminação fetal ao nascimento e a infecção neonatal e materna. Porém, não existem estudos conclusivos para recomendar esta rotina. Trata-se de uma prática que acarreta gastos desnecessários e desconforto para a parturiente e mais ainda um método invasivo para a mesma (Revez L. e Gaitán, H. e Cuervo, L., 2013; Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010) Esta rotina foi discutida em contexto de estágio e foi oferecido o clister apenas às utentes que expressassem essa vontade para que se sentissem mais calmas e menos constrangidas no momento do parto.

A remoção dos pelos púbicos na região perineal foi outro tema que levou a pesquisas bibliográficas e discussão com o orientador de estágio no CHTS. A realização da tricotomia acontecia na maioria das vezes. Realizava-se com a intenção de reduzir o risco de infecção, no caso de laceração, no momento da saída do RN, ou em caso de episiotomia, e para promover uma episiorrafia mais fácil e segura. Por outro lado, esta prática pode causar desconforto à puérpera após o parto quando os pelos crescem. Tal prática não se recomenda por não existir evidência científica sobre benefícios (Basevi V. e Lavender T., 2008; Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010).

A prática da episiorrafia pode ser facilitada se não existirem pelos púbicos, uma vez que se devem desviar da sutura, porém não pode ser motivo para uma prática rotineira. Além deste aspeto, é importante respeitar a intimidade da utente, uma vez que ela não realiza de forma autónoma a tricotomia. O EESMO não deverá invadir a privacidade da mulher para realizar um ato sem existir veracidade científica para o fazer. Em contexto de estágio, esta prática não foi efetuada e foi respeitada a intimidade da utente.

Todas as utentes admitidas no CHTS, na sala de partos, no momento da entrada eram puncionadas no membro superior e era colocado em perfusão um soro polietetrolítico com glucose a 125ml/h, exceto às utentes com DG que era colocado um solo glicosado e realizadas as respetivas pesquisas de glicemia. Este procedimento era realizado uma vez que não era permitido às utentes alimentarem-se, permitia assim a hidratação. Porém, por outro lado, as utentes perdiam alguma mobilidade mesmo usando o suporte de soro, e realizava-se mais um procedimento invasivo. De acordo com a evidência científica, perfusão de soro glicosado pode estimular a produção de insulina pelo pâncreas e ser fatal. Está comprovado que não reduz a acidose materna nem o balanço acido-base fetal. Recomenda-se a utilização de infusão de líquidos apenas em situações

específicas: nas emergências hemorrágicas, situações de hipotensão, no uso da analgesia (Amorim, M. e Porto, A. e Souza, A., 2010).

Por vezes era introduzida na fluidoterapia ocitocina para apressar o TP e ajudar na evolução do mesmo. Existem várias formas de proceder à indução do trabalho de parto e esta intervenção e atitude deve seguir as recomendações da WHO (2013) que salienta a importância de ser realizada apenas quando os benefícios forem superiores às desvantagens e sempre respeitando e informando a grávida. Sempre que há indução do trabalho de parto, as gestantes devem ser vigiadas com mais frequência e atenção, pois há riscos relativos à hiperestimulação uterina, devendo realizar sempre monitorização contínua do bem-estar fetal e materno. Não existe evidência científica elevada para recomendar a indução do TP em gestantes com gestação superior a 41 semanas. Se a DG for o único fator de risco presente na gestação, não há grande evidência científica para induzir TP antes das 41 semanas. Não existem evidências científicas que recomendem a indução do TP quando se suspeita de macrosomia fetal nem no caso de gestações gemelares. No entanto, recomenda-se a indução do TP em grávidas com rutura de membranas.

A oxitocina pode ser usada como método de indução do TP, embora não o único. Deve ser usada via endovenosa, quando não estiverem disponíveis as prostaglandinas. O misoprostol oral e vaginal tem boa evidência científica para ser recomendado como método de indução do TP em uterinas que não tenham cicatrizes no útero. Recomendam-se baixas doses de prostaglandinas para a indução do TP. A colocação do cateter balão pode ser recomendada para a indução do TP (WHO, 2011; Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A., 2010). A DGS (2015) reforça estas recomendações e especifica a importância da indução do TP em patologias médicas, ou obstétricas graves, que podem pôr em risco a saúde fetal e materna (oligoâminios, restrição crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, morte fetal), e em gestações sem complicações que atingem as 41 semanas. Reforça-se a ideia de evitar a indução do TP antes das 39 semanas, apenas se esta intervenção beneficiar a saúde da gestante e do feto. Quando existem duas ou mais cesarianas não se deve realizar indução do TP, nem numa cesariana com incisão segmentar.

No CHTS a indução do TP era realizada, principalmente, com ocitocina em perfusão endovenosa por bomba perfusora, de acordo com protocolo do hospital, que vai ao encontro das recomendações, pois recomenda que quando se coloca ocitocina num soro, deve-se administrar por bomba perfusora para ter um ritmo controlado e preciso (DGS, 2015). Outro método também utilizado na indução do TP, no CHTS, era a aplicação de

misorpostol vaginal. Quando as utentes apresentavam critérios para a indução do TP, era realizada sendo monitorizadas de forma contínua por cardiotocografia.

De uma forma geral todas as utentes que entraram na sala de partos solicitavam analgesia. Algumas já tinham algum conhecimento dos prós e contras da analgesia, enquanto outras apresentavam um conhecimento vago. Todas as gestantes foram informadas sobre os métodos de analgesia que existiam no CHTS e dos quais poderiam usufruir. A analgesia mais oferecida no contexto de estágio era a anestesia epidural, embora, por vezes se utilizassem para o mesmo efeito alguns métodos não farmacológicos. Uma revisão sistemática, realizada por Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A. (2010), conclui que a hipnose é efetiva na redução da necessidade de fármacos e aumenta o grau de satisfação materna. A acupuntura reduz a dor de TP e diminui o uso de ocitocina. O apoio contínuo intraparto e as posições verticais durante o TP associam-se a menor dor e maior satisfação materna. A imersão em água promove relaxamento e alívio da dor, bem como redução do uso de analgesia, sem prejudicar a duração do TP. Sempre segundo o mesmo autor, em relação aos métodos farmacológicos deve dar-se preferência a analgesia epidural em contraposição com os opióides sistémicos, ou analgésicos inalatórios. Estudos, analisados por Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A. (2010), indicam que a analgesia epidural alivia a dor, mas aumenta o segundo período do TP e por consequência há maior necessidade de ocitocina, sendo mais elevadas as taxas de partos instrumentalizados. Outro estudo, refere que as características pessoais das parteiras podem influenciar a estimativa de dor na mulher durante o TP e em consequência o tratamento (Williams, A., et al, 2012).

No CHTS o método farmacológico proposto às utentes era a analgesia epidural. O uso rotineiro deste método pode levar a mais partos instrumentalizados e a cesarianas, com mais efeitos adversos maternos (Wassen M., et al, 2014). Tentamos utilizar outros métodos como: posição vertical e o apoio contínuo. Para a utilização de outros métodos não farmacológicos não dispúnhamos de infraestruturas (banho de imersão), nem de profissionais com conhecimento, por exemplo para a realização de acupuntura e hipnose. Para minimizar a possibilidade de influenciar a perceção de dor na grávida, era realizada uma avaliação numérica de 0 a 10, onde 0 representava ausência de dor e 10 a dor máxima. Efetuava-se o registo no partograma.

Sempre que às utentes era administrada a analgesia epidural, estas eram algaliadas. A vontade de realizar analgesia epidural era questionada à utente no momento da admissão e esta era informada, de que a poderia solicitar a qualquer momento.

Ocorreram alguns casos onde as utentes não desejaram analgesia epidural e, em outras, não foi efetuada por se encontrarem já em período expulsivo, ou por não conseguirem manter a posição de segurança para a colocação do cateter epidural. Este procedimento era realizado pela médica anestesista e com a colaboração da EESMO.

Sempre que necessário efetuávamos o exame vaginal. Este é importante para avaliar a progressão do TP através da dilatação, plano de Hodge e extinção do colo do útero. Porém, mesmo sendo este procedimento importante e essencial para esta avaliação, foi identificado algum desconforto pela sua realização de forma rotineira, tornando esta, mais uma intervenção a questionar quanto à frequência com que deve ser realizada. Trata-se de uma intervenção invasiva a que a utente é submetida, daí a importância de aprofundar essa necessidade e a sua frequência. Não existem evidências científicas que comprovem que a realização do toque vaginal melhore os resultados sob o ponto de vista materno e do RN no TP (Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, 2011). A realização do toque vaginal, de forma a identificar a progressão do TP deve ser realizada de acordo com a sua progressão e documentado no Partograma. Recomenda-se que no primeiro período do TP o toque vaginal deva ser realizado, no máximo a cada duas horas, ou mais (Apolinário, D. et al, 2016). No contexto de estágio os toques vaginais eram realizados com mais frequência.

Outro procedimento discutido no local de estágio foi a realização de amniotomia. Esta estava associada à ideia que acelerava a progressão do TP. Porém, está comprovado que esta intervenção causa aumento da frequência cardíaca fetal e maior possibilidade de cesarianas (Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A., 2010; Apolinário, D. et al, 2016). Segundo estes mesmos autores, não existe evidência científica quanto à satisfação materna perante esta prática e *scores* de Apgar no quinto minuto. Conclui-se assim que a amiotomia rotineira não se deve realizar pois não traz vantagem nem para a parturiente nem para o RN, mas sim, indicadores negativos: aumento da frequência cardíaca fetal e maior possibilidade de cesariana. Na prática, no CHTS esta intervenção não era realizada com o intuito de acelerar o TP, pois como anteriormente citado é uma ideia errada e a evidência científica nega esta mesma crença. A amniotomia acontecia de forma espontânea com o decorrer do TP, e quando ocorria, era registada no partograma, bem como identificadas as características do líquido amniótico. Por vezes as parturientes chegavam à urgência obstétrica já com a rotura das membranas. As mulheres eram questionadas a que hora tinha acontecido, bem como se questionava sobre a cor do líquido amniótico perdido, uma vez que pode prever sofrimento fetal quando apresenta mecónio.

Entrando na segunda fase do TP, foram muitos os focos de atenção identificados e alvo da nossa atenção, motivando uma análise crítica de todas as intervenções e uma pesquisa bibliográfica. Este período inicia-se pela dilatação máxima do colo uterino e a extinção total do mesmo, e termina com a expulsão do feto (Montenegro C., e Rezende, J., 2013; Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A., 2010).

Os esforços expulsivos são muitas vezes alvo de controvérsia. Estes podem ser orientados ou livres e, podem ser também precoces (antes da dilatação máxima), ou tardios (após dilatação completa). Observa-se aumento da duração do segundo período de trabalho de parto quando as mulheres realizam puxos tardios, mas existe uma redução da necessidade da aplicação de fórceps e uma menor probabilidade de cesariana. A possibilidade de parto espontâneo quando os puxos são tardios é maior e há uma menor duração da fase ativa do período expulsivo. Os puxos precoces estão associados a maior possibilidade de lacerações e lesões no assoalho pélvico. Nos puxos dirigidos a parturiente imobiliza o tórax, firma os braços no leito, interrompe a respiração e baixa o diafragma, executando contração na musculatura abdominal. Com este puxo, a apresentação fetal desce pelo canal de parto (Montenegro, C. e Rezende, J., 2011). As recomendações mais evidentes indicam que a parturiente deve efetuar os seus impulsos de expulsão assim que sentir vontade, ou seja, os mesmos não devem ser dirigidos, mas sim livres e espontâneos (NICE, 2014). No local de estágio, as utentes eram incentivadas a efetuar impulso de expulsão assim que existisse dilatação e extinção completas do colo uterino, com a ideia de encurtar o segundo período do TP (Bosomworth, A. e Bettany-Saltikov, J., 2006). Porém, os puxos orientados aumentam o risco de disfunção urodinâmica e existe maior risco de hipoxia fetal, maior trauma perineal, (Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A., 2010; Bosomworth, A. e Bettany-Saltikov, J.,; Kopas, M., 2014). Durante o TP deparámo-nos com mulheres que sentiam necessidade de efetuar os impulsos de expulsão antes de terem a dilatação e a extinção completa do colo uterino, e no local de estágio as utentes eram incentivadas a não puxar, porém nada evidencia que os puxos precoces apresentam desfechos negativos no parto nem complicações futuras associadas, bem como o incentivo de pedir à utente para parar de fazer força no momento da coroação. As recomendações mais evidentes apontam para que o momento expulsivo seja dirigido pelo instinto da parturiente e salientam a capacidade inata que as mesmas têm de “dar a luz” (Reed, R., 2015).

A decisão de realizar episiotomia no momento expulsivo, no TP, levanta bastante controvérsia. Este é o segundo procedimento mais comum em obstetrícia, com o objetivo

de prevenir danos perineais graves e reduzir o período expulsivo. Este facto foi contestado posteriormente por Carvalho, C. e Souza, A. E Moraes Filho, O. (2010) pois refere que a realização da episiotomia rotineira causa maior dor, sangramento e complicações intra e pós-parto. Evidências mais recentes apontam para o facto da episiotomia seletiva reduzir o risco de lacerações graves, quando comparadas com a episiotomia rotineira. Aspeto fundamental para a realização desta manobra aponta para um ângulo de inclinação correto ($> 45^\circ$) e a distância da fúrcula vaginal e o momento correto da sua execução (antes do coroamento). A não realização da episiotomia seletiva pode levar a lacerações perineais graves. Os critérios importantes a ter em conta para uma episiotomia são o peso fetal, maior de 4 kg, períodos expulsivos prolongados, partos instrumentalizados e distocia de ombros (Corrêa Junior, M. e Passini Junior, R., 2016)

O posicionamento da mulher durante o TP foi outro tema abordado e discutido em contexto de estágio. Muitas utentes assim que chegavam à urgência obstétrica e ficavam internadas na sala de expectantes ou de parto, de forma passiva colocavam-se horizontalmente no leito. As utentes que estavam na sala de expectantes eram incentivadas a deambular e a fazer exercícios na bola de parto, se assim o desejassem e se se sentissem confortáveis. As parturientes na sala de partos eram incentivadas a adotar a posição em que mais se sentiam confortáveis e seguras. A maioria ficava de forma passiva na posição horizontal, por vezes por desconhecer as vantagens de outras posições e, principalmente, por temerem essas outras posições alternativas. Foram esclarecidas sobre as vantagens das posições não supinas. Nem todas as utentes se demonstraram sensíveis a tais evidências científicas.

A mobilidade no TP influencia de forma positiva o trabalho de parto, aumentando a tolerância à dor, e evitando desta forma a necessidade de recorrer ao uso de fármacos. Melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa do TP (Bio, E. e Bittar, R. e Zugaib, M., 2006). A posição vertical é sentida pela parturiente como de maior alívio da dor, maior conforto e traz mais satisfação durante o TP, comparativamente com a posição horizontal (Miquelutti M., et al, 2009). Aponta-se também para uma redução nas anomalias da frequência cardíaca fetal e menor necessidade de episiotomia, porém, regista-se maior perda de sangue, sem repercussões clínicas (Amorim, M., Porto, A. e Sousa, A., 2010). Já em 1996 a OMS recomendava durante o TP liberdade de movimentos para a parturiente.

Após a expulsão completa do feto, entra-se na terceira fase do trabalho de parto, terminando com o descolamento completo da placenta (Montenegro, C. e Rezende, J., 2014; Graça, L., 2010).

A hemorragia pós-parto é a causa de mortalidade materna em 25 % dos casos. Esta define-se como a perda superior ou igual a 500 ml de sangue no período de 24 pós-parto. Existem recomendações de boas práticas, com evidência científica, para a prevenção da mesma. Considera-se importante na terceira fase do TP utilizar, na parturiente, fármacos promotores da contractilidade uterina. O escolhido por eleição é a Ocitocina, enquanto os outros fármacos deverão ser utilizados apenas quando este fármaco não se encontre disponível (Baggieri, R. et al, 2011).

A evidência científica quanto à tração controlada do cordão umbilical durante a terceira fase do TP é fraca, e apenas recomendada se os profissionais estiverem extremamente qualificados para tal intervenção. Não se deve realizar a clampagem prévia do cordão umbilical em situações normais, tal como a massagem uterina contínua. Quanto à vigilância do tônus uterino, através da palpação abdominal, torna-se fundamental, para identificar situações de atonia uterina pós-parto (OMS, 2014). Em contexto de estágio, estas recomendações eram seguidas. Não existiu nenhuma situação de hemorragia pós parto no bloco de partos. Sempre que possível eram realizadas as recomendações da OMS (2014).

No CHTS existia ocitocina sempre disponível, pelo que era o fármaco de eleição utilizado nesta fase do TP. Ocorreram situações onde a clampagem do cordão umbilical teve que ser precoce, pois o RN precisou de ser aspirado, ou teve que ser transferido para os cuidados de neonatologia por apresentar um Apgar não tranquilizador.

A expulsão da placenta foi realizada, sempre, de forma espontânea, apenas era removida quando se encontrava completamente desprendida da cavidade uterina. De acordo com o Royal College for Obstetrician e a NICE, (2016), é fundamental antecipar a possibilidade de hemorragia pós parto, identificando as utentes de acordo com o risco que apresentam. É primordial identificar com antecedência esta emergência obstétrica, de forma a intervir imediatamente, minimizando as complicações. Salienta-se a necessidade de informar o acompanhante da utente perante tal situação, bem como a própria parturiente.

Outro ponto importante de discussão foi a revisão da cavidade uterina após a dequitação. Esta não se recomenda, pois o mais importante é inspecionar de forma minuciosa a integridade dos cotilédones e das membranas, de forma a identificar a sua integridade. Quando não existe certeza de que a placenta se exteriorizou completamente não se recomenda uma atitude interventiva, por exemplo, com a realização de uma curetage, mas sim uma atitude expectante (Alves, J. et al, 2011; OMS, 2012). Durante o

estágio, deixava-se que a dequitação se desse de forma espontânea, vigiando sempre a perda hemática. Quando se apresentava completamente descolada, normalmente observava-se isso pela decida do cordão umbilical, por pequena perda de sangue e pelo útero firme e globoso à palpação, com a Manobra de Kustner. Incentivava-se a mulher a puxar juntamente com as contrações uterinas e amparava-se a saída da placenta, executando a manobra de Dublin: amparar a placenta com uma mão, tracionando o cordão com outra e executando movimentos rotativos com a placenta até à exteriorização completa das membranas. Verificava-se de seguida a integridade da mesma e procedia-se à administração de ocitocina, de forma a prevenir a possibilidade de hemorragia como anteriormente discutido (Royal Collece for Obstetrican e NICE, 2016; Montenegro, C. e Rezende Filho, J., 2014).

Relativamente ao RN, os cuidados eram realizados imediatamente no segundo período do trabalho de parto. Os cuidados imediatos ao RN, constituíram momentos de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências, e momentos crítico reflexivos, suportados sempre na prática baseada na evidência científica.

Logo após o nascimento do RN, se este apresentasse boa vitalidade: choro forte e vigoroso, coloração rosada e sem sinais de dificuldade respiratória, era promovido de imediato o contacto pele-a-pele com a mãe. A primeira hora de vida do RN é um período chamado de inatividade alerta e dura apenas 40 minutos (Zveiter M., 2003). É uma fase importante para a mãe interagir com o seu filho pois ele apresenta-se mais desperto. O EESMO torna-se um elemento facilitador, ou não, na aproximação precoce do RN à puérpera para que se estabeleça o vínculo entre mãe e filho. Proporcionar o contacto visual entre o RN e a puérpera é muito importante. Maldonado, M. (1990) aponta para a existência de uma fixação, por parte do RN pela mãe quando é efetuado este contacto visual logo de imediato após o parto. Salienta-se que, desta forma, a mãe torna-se a pessoa mais atraente para o RN e surge como primeiro o rosto no campo visual do RN. Porém, este contacto é muitas vezes posto em causa por intervenções rotineiras que os EESMO realizam. A clampagem do cordão umbilical é uma delas. Esta intervenção, desde que a mãe e o RN estejam bem, não é necessário ser efetuado de imediato após o nascimento, podendo-se preservar o contacto precoce entre mãe e filho. A clampagem do cordão umbilical, segundo a WHO (2013) pode-se fazer entre o primeiro e o terceiro minuto após o nascimento do RN. A manutenção da temperatura corporal não necessita também de prejudicar este contacto pele-a-pele. Esta pode ser mantida colocando o RN em contacto pele-a-pele com a mãe num ambiente aquecido e se necessário cobrir o RN com uma

manta (Odent, M., 2002). Todas as intervenções rotineiras do EESMO podem ser prestadas, porém deve ser respeitado este momento de interação precoce, pois estabelece precocemente o vínculo que se cria entre a mãe e o seu filho. Menos gripes, menos diarreias e menos constipações são algumas das vantagens relatadas para o RN que são acariciados pela mãe logo após o nascimento. Para a mãe afigura-se uma adaptação mais precoce ao papel parental, estimula a amamentação precoce e uma atração emocional mais rápida, comparando com progenitoras que não têm este primeiro contacto pós nascimento com o filho (Cruz, D. e Sumam, N. e Spíndola, T., 2007; NICE, 2014). Segundo Rosa, R. et al (2010) salienta-se que o contacto precoce estabelece mais rapidamente o vínculo mãe e filho, estimula o sistema sensorial do RN: redução ou aumento da atividade motora, aumento do movimento ocular e direciona a face para o rosto da mãe ao ouvir a sua voz. Com o toque da mãe o RN sente-se mais calmo e tranquilo. Os mesmos autores referem que os estímulos do RN na mãe fazem com que ela se sinta mais segura e que o continue a estimular. Santos, L. et al, (2014) identificam também maior estabilidade térmica para o RN, favorece a expulsão da placenta, bem como promove o efeito protetor que o aleitamento favorece na primeira hora de vida do RN diminuindo a mortalidade neonatal.

Em contexto de estágio promovia-se esta prática sempre que o RN se encontrasse saudável e quando a mulher o desejava. Não existiu nenhuma senhora que não desejasse esse contacto com o filho, expressando grande satisfação com esta prática. Agradecendo verbalmente e expressando fácies de felicidade (sorrisos, choro, ...).

A aspiração nasal e oral ao RN após o nascimento não deve ser realizada de forma rotineira. Após o momento de desprendimento do polo cefálico na vagina da parturiente, deve-se proceder à limpeza das secreções que se apresentam na boca do RN com uma compressa esterilizada. O RN que se apresenta de termo, com boa vitalidade (choro forte e vigoroso, coloração rosada, sem sinais de dificuldade respiratória) e com o líquido amniótico isento de mecónio, não necessita de aspiração oral e nasal. Este procedimento deve ser evitado, uma vez que pode causar estimulação do reflexo vagal, produzindo bradicardia e apneia momentânea (NICE, 2014; Save the Children, 2004). Não se recomenda a aspiração nasal e oral do RN, de forma rotineira, uma vez que ele tem elevada capacidade de exteriorizar o líquido que apresenta dentro dos pulmões (Resuscitation Councilin, 2011). Em contexto de estágio eram seguidas as recomendações mais atuais. Procedia-se à limpeza suave da boca, quando esta se exteriorizava, e após a completa expulsão do RN este era avaliado quanto à necessidade de ser aspirado. Existiram alguns

casos em que o RN não chorou de imediato, porém com estimulação (através da secagem) iniciou choro e demonstrou boa adaptabilidade à vida extrauterina, sem sinais de dificuldade respiratória. Existiu um caso que, mesmo com a estimulação por parte do EESMO, houve necessidade de reanimação. Este RN foi levado de imediato para a neonatologia.

O procedimento de secar o RN logo após o momento do nascimento é fundamental e uma preocupação primária para o EESMO. O risco de hipotermia no RN agrava-se porque tem maior dificuldade em controlar a temperatura corporal. Em situações normais a temperatura do RN é 0.5°C superior à temperatura intrauterina, porém o RN perde rapidamente calor através da evaporação no ambiente externo e frio (Balbino, A. et al., 2013). Este deve ser seco com um pano aquecido e coberto com um cobertor ou manta, porém sempre promovendo o contacto pele-a-pele com a mãe (NICE, 2007). Estudos recentes dizem que o contacto pele a pele entre o RN e a mãe garante maior estabilidade térmica ao RN quando comparando com a colocação do RN, após o nascimento, num berço aquecido. O contacto pele-a-pele favorece também a ligação mãe e filho (Albuquerque et al, 2006). Recomendações recentes indicam a importância de manter a temperatura do RN no 36,5° C, proporcionando uma temperatura aquecida na sala de parto, cobrindo com cobertores quentes, secando e utilizando um gorro bem como promovendo o contacto pele-a-pele com a mãe (Bissinger, R. e Annibale, D., 2010).

Outra prática efetuada e que suscitou algumas reflexões ao longo do estágio foi a clampagem do cordão umbilical. A WHO (2013) recomenda a clampagem do cordão umbilical de forma tardia (entre o primeiro e terceiro minuto após o nascimento do RN). Permitindo maior passagem de sangue da mãe para o RN. Poucos minutos (1 a 3 minutos) aumentam as reservas de ferro do bebé até 50% nos 6 meses pós nascimento do RN de termo. Outras vantagens que a clampagem tardia do coto umbilical oferecem são a menor incidência de anemia, a redução da hemorragia intraventricular, menos enterecolite necrosante, menos sepsis infantil e menor necessidade de transfusões de sangue. Venâncio, S. et al (2008) indicam que a clampagem do cordão umbilical deve ser feita após o primeiro minuto em detrimento da ideia de o clampar quando cessam os batimentos no cordão, pois estima-se que 80% da passagem placentar ocorra no primeiro minuto. Em contexto de estágio, todos os RNs saudáveis eram colocados sobre a mãe após aguardar um minuto para a clampagem do cordão umbilical. Não se aguardava para a cessação dos batimentos no mesmo. Existiram utentes que realizaram criopreservação do sangue do cordão e, como tal, não foi possível realizar a clampagem tardia.

A vitamina K utiliza-se nos distúrbios de coagulação causados pela falha na formação de alguns fatores de coagulação, provocado pela falta dessa vitamina. A administração de vitamina K (1 mg no membro inferior do RN) impede a diminuição da concentração dos fatores de coagulação, que ocorre nos primeiros dias após o nascimento. A NICE (2006) refere que a toma de uma única dose de Vitamina K, intramuscular, é mais eficaz do que uma toma oral e mais económica para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Salienta-se assim, a importância que a vitamina K tem para a prevenção das doenças hemorrágicas e como em consequência diminui a morbilidade do RN (Figueroa, R. et al., 1998; NICE, 2006). A Soares, S. e Paiva, S. e Campana, A., (2001) salientam a ideia, referindo a importância da vitamina K para compensar o rápido crescimento do RN e na ajuda ao combate das infeções. Em contexto de estágio, todos os RNs receberam uma única dose de vitamina K, intramuscular, após o nascimento, porém este procedimento em momento algum interferiu com a ligação mãe e filho. Foi explicado aos pais porque se deveria administrar este fármaco e foi realizado após a promoção do contacto pele-a-pele com a mãe.

Após o nascimento foi promovida a amamentação o mais precocemente possível, normalmente nos primeiros 30 minutos após o nascimento. A amamentação precoce favorece o vínculo entre mãe e filho, de forma mais precoce, e existe maior satisfação da parturiente perante esta oportunidade de amamentação precoce (D' Atribale, E. e Bercini, L., 2014). Amamentar logo após o nascimento diminui a perda sanguínea da mãe, após o parto; o útero contrai e involui mais rapidamente (Diaz, C. et al, 2011). Amamentar na primeira hora de vida tem um efeito protetor para o RN, influenciando a menor morbilidade e mortalidade para o bebé (Boccolini, C., et al, 2013). Durante o estágio as mulheres foram questionadas quanto à vontade de amamentar. Quando expressavam vontade para o fazer, logo após o parto, se o RN estivesse com boa vitalidade e sem necessidade de cuidados especiais, promovia-se a amamentação, juntamente com o contacto precoce pele a pele com a mãe. Muitas puérperas expressavam sorrisos, lágrimas de alegria e emoção perante este primeiro contacto. Os RNs apresentavam-se calmos e serenos junto à mãe, revelando, quase todos, boa adaptabilidade à mesma.

2.2.1 O Papel do pai no trabalho de parto: revisão integrativa da literatura

Introdução

De acordo com Colman, L. e Colman, A. (1994) o momento do parto, enquanto culminar da gravidez, e término de um processo emocional e experiencial longo, deveria ser como o momento inicial da gravidez, ou seja, uma partilha e um momento de completa intimidade entre o homem e a mulher que em conjunto geraram uma vida e que juntos estão prestes a abraçar e receber.

Segundo Carvalho, M. (2003) a participação do pai no parto está revestida de significado, tanto para ele quanto para a mãe, uma vez que vai permitir a ambos partilharem o momento do nascimento, fazendo dele também uma experiência da sua vida íntima, que concorre para o desenvolvimento e amadurecimento da vida conjugal. Vehvilainen-Julkunen, K. e Liukkonen, A. (1998) afirmam que a presença do pai no momento e local do parto favorece a promoção da aceitação natural da parentalidade.

Estar presente no parto permite ao pai a possibilidade de se sentir incluído no processo de gravidez, de ter uma oportunidade de assumir a posição de cuidador, não só do bebé, mas também da mãe e, por isso, esta pode ser uma experiência muito positiva e enriquecedora (Abad. M. et al. 1999; Schmidt, M. e Bonilha, A., 2003; Carvalho, M., 2003; Mazzieri, S. e Hoga, L., 2006; Ribeiro, H. e Lopes, L. 2006; Tomeleri, K. et al, 2007).

Durante longos séculos a sociedade ocidental manteve o homem afastado do processo de gestação, sendo que, tal como argumenta Kitzinger, S. (1978), nessa época a grávida desenvolvia uma maior aproximação com a mãe e não tanto com o marido. Até ao início do século XX o momento do parto, que ocorria em casa, ditava a reunião das mulheres da família e de uma parteira e, muitas vezes os homens eram afastados do lar só sendo autorizados a entrar após o nascimento do bebé, com o qual, ainda assim, mantinham muito pouco contacto (Karkada, S. e Nayak, B. e Malathi, I., 2011).

No fim da segunda guerra mundial deu-se uma mudança estrutural na vivência do parto, e toda a estrutura milenar de dar à luz em casa, acompanhada de uma parteira e das mulheres de família alterou-se por completo. Nesta altura, e face à necessidade de garantir o crescimento demográfico da sociedade europeia e de contrariar a enorme taxa de mortalidade decorrente da guerra, foram adotadas estratégias que visavam controlar a

mortalidade materna e infantil nos hospitais, sob vigilância profissional. Este momento constituiu-se como o momento histórico da institucionalização do parto (Bruggermann, O. e Parpinelli, M. e Osis, M., 2005).

Uma das consequências desta alteração foi a medicalização do parto e o afastamento da família do processo de nascimento, pois a maioria dos hospitais públicos não tinha condições para assistir a parturiente e acolher os seus familiares. Pelo mesmo motivo as gestantes passaram a dividir salas de pré-parto com outras gestantes, perdendo-se a privacidade e o apoio daqueles em quem a gestante confiava. Segundo Bruggermann, O. e Parpinelli, M. e Osis, M. (2005) só há pouco tempo, e ainda de forma tímida é que os hospitais públicos começaram a dar notas de preocupação com o bem-estar materno durante o trabalho de parto e o parto. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu mesmo como determinação o direito ao acompanhamento: “A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre os seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade” (Bruggermann, O. e Parpinelli, M. e Osis, M., 2005, p. 3). A partir desta altura a maioria das parturientes passam a apontar como seus acompanhantes os pais dos filhos que iriam nascer.

Mazzieri, S. e Hoga, L. (2006) afirmam que estas mudanças vieram dar ao homem a oportunidade de se sentirem incluídos no processo de assistência ao parto e que, com tal experiência foram também dotados da responsabilização da preparação do momento, por forma tornaram-se mais capazes de compreender e cooperar nas diferentes fases do processo de nascimento do filho e para que este processo se revista de benefícios para a tríade mãe-pai-filho.

Na literatura sobre este tema, vêm sendo referidos benefícios que passam pela sensação de utilidade que se transmite ao pai, pelo seu direito à inclusão e pelo estreitamento dos laços de intimidade do casal e da família, bem como pela construção de uma relação de proximidade com o recém-nascido. Para além disso, a literatura regista também que o facto de o pai assistir ao parto o dota de responsabilidades técnicas que até então não lhe eram atribuídas, como o pegar no bebé desde o primeiro momento, o dar-lhe banho, trocar a fralda e o vesti-lo. Em muitas salas de parto da Europa estas tarefas já são realizadas pelo pai com ajuda dos enfermeiros (Johnson, M., 2002; Carvalho, M., 2003; Bruggermann, O. e Parpinelli, M. e Osis, M., 2005; Tomeleri, K. et al, 2007; Pestvenidze, E. e Bohrer, M., 2007; Premberg, A. e Hellstrom, L. e Berg, M., 2008).

Ainda sobre os benefícios da presença do pai na sala de parto, e da sua participação ativa neste momento, Johnson, M. (2002) refere também o acesso dos progenitos às informações de saúde, tanto da mãe como do bebé. Segundo este autor, esta situação de presença efetiva no parto põe de lado aquela imagem estereotipada do homem que espera e desespera na sala de estar do hospital sem que lhe seja dada qualquer informação.

Apesar das vantagens enumeradas, Tomeleri, K. et al., (2007), lembram que o momento do parto, na perspectiva do pai, é muito complexo uma vez que se reveste de momentos de intensas emoções, de sentimentos contraditórios, que vão desde o medo à excitação e à gratidão.

Segundo um estudo realizado por Pestvenidze, E. e Bohrer, M. (2007), alguns homens caracterizaram a experiência de estar presente no parto como uma possibilidade que lhes foi dada de prestarem assistência às suas companheiras, mas que dali também resultou uma sensação de paternidade mais efetiva. Os mesmos homens que relataram estas sensações disseram, no entanto, que em alguns momentos se sentiram impotentes e incapazes de aliviar as dores da parturiente.

Mendes, R. (2007), lembrou que o momento do parto é repleto de dúvidas e sentimentos de impotência para o pai, e explicou que esses sentimentos levam a que os homens reajam de formas diferentes perante a possibilidade de estar na sala de parto e de terem um papel interventivo no nascimento dos filhos; não sendo invulgar que, muitos deles, mesmo podendo, preferiram rejeitar a oportunidade e esperarem fora da sala. Segundo este autor, estas diferenças de comportamento podem constituir-se como preditores sobre o tipo de envolvimento emocional que o pai vai criar com o seu bebé. Ainda de acordo com a opinião de Mendes, R. (2007), o estímulo para a assistência e participação no parto deve começar logo desde a primeira etapa da gravidez, com a convocação dos pais às consultas e aos momentos de preparação para o parto.

A presença do companheiro/futuro pai na sala de parto pode revestir-se de inúmeras vantagens para a jovem família no entanto, por vezes, existem ainda várias dúvidas, mesmo do ponto de vista das equipas de profissionais, sobre qual o papel do pai no trabalho de parto. O que deve ele fazer enquanto o parto decorre? Deve apenas estar presente e assistir? Ou, por outro lado, deve ter um papel ativo e, nesta situação, que atividades ou intervenções podem ser da sua competência?

Premberg, A. e Hellstrom, L. e Berg, M. (2008) defenderam a ideia de que os profissionais de saúde deveriam não só reconhecer as vantagens da presença do homem

no trabalho de parto como tentar compreender a experiência do pai, de modo a poderem prestar-lhe apoio durante os procedimentos que levam ao nascimento.

Vários autores (Carvalho, M., 2003; Draper, J., 2003; Schimdt, M. e Bonilha, A., 2003; Almeida, N. et al., 2005; Ribeiro, H., 2005; Kennell, J. e McGrath, S., 2005; Mendes, R., 2007; Wockel, A. et al, 2007; Cruz, D. e Sumam, N. e Spíndola,T., 2007) defendem a promoção do envolvimento presencial e emocional do homem com a sua companheira e com o bebé, por parte dos profissionais de saúde, recorrendo-se estes de algumas estratégias como: dar o bebé ao pai para que o coloque na barriga da mãe, convidar o pai a cortar o cordão umbilical, e permitir o contacto face a face do pai e do bebé nas primeiras horas. Ribeiro, H. (2005) afirmou que este contacto entre o pai e o bebé é importante para a evolução do papel paternal.

No sentido de aferir quais as “tarefas” que podem ser delegadas ao pai durante o parto, e de assim conferir acerca do seu papel no processo de nascimento de um filho, vários autores subscrevem também que deve ser dada ao pai a oportunidade de poder estar junto da mãe e do bebé o máximo tempo possível, para que este possa, desenvolver um vínculo (bonding) único, específico e que se manterá para sempre (Kennell, J. e McGrath, S., 2005; Figueiredo, R. et al, 2005; Mendes, R., 2007; Frizzo, G. e Piccinini, C., 2007; Sutter, C. e Bucher-Maluschke, J., 2008).

Por forma a clarificar o atual estado da arte acerca do papel do pai no trabalho de parto, tendo também a intenção de subsidiar a prática clínica do enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia, elaborámos esta revisão da literatura, cujo objetivo consiste na busca e avaliação do conhecimento científico já produzido sobre o tema, tendo por base o referencial teórico da Prática Baseada na Evidência (Galvão, C., 2002).

Procedimentos metodológicos

A Prática Baseada na Evidência, constitui uma que se constitui uma “abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado” (Melnyk, 2003, citado por Mendes, K. e Silveira, R. e Galvão, C., 2008, p. 759). Assim. Torna-se fundamental a definição do problema, ou da questão orientadora da pesquisa, a procura e a avaliação crítica das evidências científicas e a sua transposição para a prática, bem como a avaliação dos resultados.

A metodologia desenvolvida, através da qual se visa compreender o papel do pai no trabalho de parto, justifica-se pelo facto de que favorece a reunião e a sistematização de estudos que permitirem perceber o estado da arte sobre o assunto em estudo, beneficiando a análise e a síntese de estudos independentes sobre o tema e, assim, contribuir para o aprofundamento do conhecimento (Soares, C. et al, 2014).

A revisão integrativa da literatura, para além de favorecer o conhecimento do investigador, pode ter um impacto positivo no desenvolvimento de políticas e práticas baseadas na evidência científica, na realização de protocolos de atuação e respetivos procedimentos profissionais em enfermagem (Mendes, K. e Silveira, R. e Galvão, C., 2008).

O estudo elaborado teve em conta as etapas definidas por Mendes, K. e Silveira, R. e Galvão, C. (2008) a saber: a definição de um problema; a busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação das evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos.

A primeira fase, que remete para a definição do problema, consistiu na formulação da questão para a elaboração da revisão integrativa, sendo que esta tarefa foi realizada com base na estratégia para a formulação de questões de investigação proposta pelo Joanna Briggs Institute (2011) denominada de Pergunta PICO. Deve dar resposta aos seguintes aspetos: participantes, a intervenção, o contexto de estudo e os resultados. Assim, definiu-se como questão norteadora: Qual o papel do pai no trabalho de parto? Em que os participantes (P) são os pais; como intervenção (I) a que desenvolvem no acompanhamento do trabalho de parto, o contexto (C) será o trabalho de parto e consideraremos os *outcomes* (O), ou seja, como resultados esperados o papel desempenhado pelo pai.

A recolha dos dados foi efetuada durante o mês de junho de 2017 nas bases de dados Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with *Full Text* a partir da plataforma EBSCOhost.

Com vista a obter literatura consistente com a pergunta PICO elaborada, foram considerados os seguintes descritores: father, delivery, pregnancy, birth and role. A busca foi realizada apenas com os descritores em inglês.

O presente estudo teve em consideração critérios de inclusão e de exclusão, tendo sido considerados como critérios de inclusão os estudos publicados entre os anos de 2010 e 2017, que considerassem a temática em estudo no título ou no resumo; cujo texto integral

fosse em português, inglês ou espanhol e que estivessem disponibilizados em formato word ou pdf, de forma gratuita. Considerou-se também o critério relacionado com o tipo de artigo, onde todas as tipologias de revisão e os artigos de cariz experimental, quantitativos e qualitativos, bem como os ensaios clínicos foram considerados.

Quanto aos critérios de exclusão, não foram considerados artigos que embora abordando a presença do pai na sala de parto, não consideravam o papel deste no processo de nascimento dos seus filhos, bem como artigos com publicação anterior a 2010.

Os resultados da primeira seleção de artigos resultaram em 126 artigos. No entanto, após a leitura dos títulos e de uma leitura crítica e reflexiva dos seus resumos, apesar dos títulos parecerem ir ao encontro do tema em análise, com vista a refinar a seleção suportada nos critérios de inclusão e de exclusão, só foram considerados 7 artigos para amostra.

Num segundo momento os artigos selecionados foram lidos na íntegra, de forma exploratória, para que se pudessem extrair evidências relativas ao papel do pai no trabalho de parto. Para uma melhor organização nesta fase metodológica, foram identificadas, e nos artigos de língua estrangeira traduzidas, frases que correspondiam a elementos de interesse relacionados com o tema em análise. Com vista a sistematizar a informação recolhida durante o processo de leitura dos artigos, os dados foram compilados de forma descritiva e organizados no seguinte quadro:

Autor/ano de publicação, local	Tipo de estudo e Amostra	Objetivo do estudo	Principais resultados	Conclusões /Nível de evidência (segundo Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2009)
Villalón, H. et al, (2014)	Estudo Clínico, randomizado e controlado (Quantitativo) Amostra: 122 indivíduos divididos em dois grupos. Grupo A: 62 pais Grupo B: 62 mães	Avaliar os resultados de um programa pré-concebido que visava incentivar o envolvimento dos pais no parto.	Os pais envolvidos no programa e que tiveram participação ativa no parto começaram a prestar os cuidados básicos aos bebês mais cedo do que outros pais que não tiveram intervenção no parto.	Os pais que estiveram presentes e ajudaram no trabalho de parto participaram mais nos cuidados ao bebê durante a noite e depois da alimentação. Também são mais colaborativos no banho e vão sempre ver o bebê assim que chegam a casa. NE: 1B
Melo, R. e Brito, R., (2013).	Estudo descritivo exploratório (Qualitativo) Amostra: 12 indivíduos do sexo masculino que participaram no trabalho de parto das companheiras	Analisar a percepção dos pais acerca da sua presença na sala de parto durante o trabalho de parto.	Estar presente no parto muda a perspectiva do pai sobre a mãe uma vez que percebem a dor e a capacidade de resiliência da grávida aumentando assim a sua admiração por elas enquanto mulheres.	O pai desempenha um papel essencial no processo de nascimento ao dar apoio e encorajamento à mãe, o que a ajuda a relaxar e a acalmar e contribui para o sucesso do parto. NE: 4
Barbosa, D. e Mattos, C., (2012).	Estudo de Caso (Qualitativo) Amostra: 14 indivíduos do sexo masculino (pais pela primeira vez) com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos	Compreender como é que o pai vive e experiência o momento do parto e o nascimento do filho/a.	Foram registadas duas percepções diferentes por parte do pai: o nascimento, também, do pai, e a compreensão do processo de dor enquanto algo necessário para o nascimento e valorização da capacidade de superação da mãe.	A presença e o papel do pai no parto é essencial, mas não deve ser imposta. Deve ser uma condição livre para que ele possa experienciar positivamente o momento do nascimento NE: 3B
Perdomini, F. e Bonilh, A., (2011)	Estudo de Caso (Qualitativo) Amostra: 24 indivíduos do sexo masculino maiores de 18 anos.	Conhecer a participação do pai como acompanhante da mulher durante o parto.	Verificou-se que os pais entendem que a presença, o carinho e as palavras de apoio fazem parte do papel de ser acompanhante e que a experiência de nascimento do filho é única e inexplicável.	A presença do pai no trabalho de parto e parto reveste-se de especial importância pela sua participação em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, o que é fundamental para a formação do vínculo pai-filho. NE: 3B
Karkada, E., (2011).	Argumentativo (bibliográfica) (Sem amostra)	Dar a conhecer a experiência da paternidade como o nascimento do pai da mãe e da família na Índia.	A diferença de género na cultura indiana retira ao pai o direito de participar da experiência do nascimento. Mas os pais não se sentem preparados para o momento do parto e têm preocupações como saber o que fazer para ajudar a mulher; e o que fazer para ajudar o bebê.	As medidas de saúde materna implementadas na Índia devem considerar o envolvimento e intervenção do pai, pois a maternidade não é um problema exclusivo da mulher mas da família. NE: 5
Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I., (2010).	Hermenêutica. Amostra: 67 mulheres, mães pela primeira vez, com idades entre os 18 e os 41 anos.	Descrever a experiência da mãe pela presença do pai durante o parto.	A presença do pai é importante para o bem-estar da mãe durante o trabalho de parto.	A importância da presença do pai deve-se a factos como: o pai não abandona a parturiente; o pai está do lado da mãe nas suas dificuldades; o pai inspira a mãe a ter força e coragem nos momentos mais difíceis; o pai e a mãe são uma equipa. NE: 5
Iliyasu, Z. et al, (2010)	Estudo Descritivo. Transversal. Amostra: 400 homens casados, residentes em Ungogo, na Nigéria.	Avaliar as condições de participação dos homens nigerianos na gravidez, no parto e na maternidade.	A maioria dos respondentes considera ser da sua responsabilidade pagar os tratamentos relacionados com a gravidez e o parto. A maioria dos respondentes considera que a gravidez/parto é uma responsabilidade exclusiva das mulheres. Os homens que acompanham as mulheres e querem participar do parto são ignorados pelos profissionais de saúde.	O envolvimento dos homens deve ser considerado uma prioridade, dado que os homens que participaram na gravidez e do parto passaram a dar prioridade ao planeamento de novas gravidezes, considerando sobretudo aspetos relacionados com a saúde da mãe e dos futuros bebês. A diminuição das doenças como o HIV e a diminuição da mortalidade à nascença podem ser beneficiadas através da participação dos homens no processo completo de gravidez e parto. NE: 4

Quadro I: Síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

Resultados

Dos 7 artigos analisados, 3 foram desenvolvidos no Brasil, sendo os restantes, realizados em países tão diferentes quanto a Índia, a Suíça, o Chile e a Nigéria. Apesar das diferenças culturais reconhecidas entre os países referidos (que contempla até continentes diferentes) os resultados observados acerca da temática da importância da participação do pai no parto reuniu consenso, e quanto ao papel do pai, os resultados também foram muito semelhantes.

Todos os artigos abordaram a temática em estudo, sendo que, o artigo de Karkada, E. (2011) constituiu um motivo de reflexão quanto à inclusão ou exclusão no nosso estudo, dado não contemplar uma abordagem empírica. No entanto, e depois de algumas considerações reflexivas, optou-se pela sua inclusão, dado ter sido publicado numa revista científica e constituir uma abordagem qualitativa, tipo Estudo de Caso, que confere uma abordagem à cultura de maternidade/paternidade na Índia.

Os resultados obtidos evidenciam uma lacuna significativa de estudos de cariz científico acerca da temática do papel do pai no trabalho de parto, e também evidenciam a importância da participação do homem no trabalho de parto e parto e, por isso, destacam a necessidade de implementação de programas e medidas de intervenção junto das comunidades, por parte das autoridades competentes, com vista a, não só promover a participação dos pais nas regiões onde ainda não ocorre com muita frequência, como a Nigéria, como também a incentivar a uma participação cada vez mais ativa destes dentro da sala de parto.

Discussão dos resultados

A pesquisa realizada focada no papel do pai durante o trabalho de parto e parto, identificou a importância da participação deste no momento de nascimento do filho e apontou várias vantagens da sua presença na sala de parto, tanto para a mãe, como para o bebé e, também para ele próprio (Villalón, H. et al, 2014; Melo, R. e Brito, R., 2013; Barbosa, D. e Mattos, C., 2012; Perdomini, F. e Bonilh, A., 2011; Karkada, E., 2011; Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I., 2010; Iliyasu, Z. et al, 2010).

De entre as vantagens identificadas, a rapidez de estabelecimento de uma conexão, *bonding*, entre pai e filho foi apontada por quase todos os autores analisados (Villalón, H. et al., 2014; Melo, R. e Brito, R., 2013; Barbosa, D. e Mattos, C., 2012; Perdomini, F. e Bonilh,

A., 2011; Karkada, E., 2011; Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I., 2010), sendo este um resultado que encontra correspondência com a literatura já existente, onde se subscreve a ideia de que ao dar oportunidade ao pai de poder estar junto da mãe e do bebé o mais tempo possível promove a criação de vínculos únicos, específicos e duradouros entre ele e o bebé (Kennell, J. e McGrath, S., 2005; Figueiredo, R. et al, 2005; Mendes, R., 2007; Frizzo, G. e Piccinini, C., 2007; Sutter, C. e Bucher-Maluschke, J., 2008).

Também ficou evidente, sobretudo através das investigações de Villalón, H et al. (2014) e de Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I. (2010), que os pais não só se sentem cada vez mais impelidos a estar presentes durante o parto como, também querem ter uma participação ativa no mesmo, ficando emocionados por serem os primeiros a pegar nos filhos ao colo ou por lhes cortarem o cordão umbilical. Lembremos que Ribeiro, H. (2005) já havia constatado que este contacto entre o pai e o bebé é importante para a evolução do papel paternal.

Os pais que vivenciam esta experiência também começam mais cedo, alguns mesmo desde a primeira hora, a prestar os cuidados básicos ao bebé, desde a higiene à alimentação (Villalón, H. et al, 2014). Tal facto deve-se, segundo sugestão apontada no estudo de Villalón, H. et al, (2014) ao estabelecimento imediato do vínculo paternal com o bebé mas também aos homens que assistem ao parto entenderem com facilidade, porque assistiram, que as mães estão fragilizadas dado terem passado por um processo exaustivo e doloroso e que, portanto, precisam de apoio (Melo, R. e Brito, R., 2013; Barbosa, D. e Mattos, C. (2012).

Mesmo no estudo de Karkada, E. (2011), realizado num contexto cultural em que o homem é ainda considerado como elemento que não deve fazer parte do processo da gravidez e ainda menos do parto, as evidências apontadas pelo autor dão conta de que os homens sentem medo em relação ao parto e ao nascimento pois não sabem como proceder.

Para além disso, e pelo que sobressai de um dos estudos, efetuado numa cidade da Nigéria (Iliyasu, Z. et al, 2010), apontada pelos seus autores como sendo marcada por uma cultura machista em que o homem não sente qualquer responsabilidade face à gravidez da sua companheira, a não ser a financeira, incumbindo-se de pagar as despesas e acompanhar a mulher às consultas apenas para as pagar, ficou evidenciado que a participação dos pais no processo de evolução da gravidez e, principalmente no parto, aumenta a consciência masculina face aos perigos da gravidez não planeada. De facto, tal como se observou nos vários estudos, a participação dos pais no parto permite-lhes

aumentar o conhecimento sobre saúde materna, assim como aumentarem a sua consciência face aos perigos que as gravidezes e os bebés podem incorrer quando não são respeitados cuidados acerca de doenças sexualmente transmissíveis ou cuidados de higiene (Iliyasu, Z. et al, 2010; Melo, R. e Brito, R., 2013; Villalón, H. et al, (2014).

Outra das constatações que derivam da abordagem integrativa realizada prende-se com o aumento do respeito que o homem passa a ter pela mãe do seu filho, uma vez que, pelo facto de assistir ao parto, toma consciência do processo de dor e de superação a que esta é submetida e constata a sua força e coragem, observando-lhe a capacidade de superação (Barbosa, D. e Mattos, C., 2012; Melo, R. e Brito, R., 2013; Perdomini, F. e Bonilh, A., 2011; Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I., 2010). Assim, e tal como já havia sido apontado em anos anteriores ao período cronológico designado para a nossa revisão da literatura, constata-se que a presença do pai no parto favorece o estreitamento dos laços de intimidade do casal e aumenta a admiração de um pelo outro, uma vez que passarão a ter um momento de intimidade único para partilhar (Carvalho, M., 2003; Bruggermann, O. e Parpinelli, M. e Osis, M., 2005; Tomeleri, K. et al, 2007; Pestvenidze, E. e Bohrer, M., 2007).

Também foi possível perceber que a decisão do pai em participar no parto não está relacionada com questões financeiras, mas sim culturais (Iliyasu, Z. et al, 2010; Karkada, E., 2011; Kainz, G. e Eliasson, M. e von Post, I., 2010).

A presença do pai no parto favorece o desenvolvimento do próprio parto, na medida em que a mulher se sente segura e apoiada. Perdomini, F. e Bonilh, A. (2011) frisaram muito esta mais-valia do papel do pai no parto, referindo que por via desta condição a mulher, o bebé também, e as equipas de cuidados são, consequentemente, favorecidas na medida em que encontram uma parturiente mais colaborativa e disposta a ouvir e aceitar os seus conselhos. Este é, de resto, um dos argumentos apontados pelos autores para sublinhar a importância de levar a cabo estratégias que promovam o envolvimento dos pais no parto e ao longo de todo o processo de gravidez. Seguindo estes autores, os pais que acompanham a grávida às consultas e ao longo da gestação, têm oportunidade de aumentarem a sua literacia em saúde maternal e, com base nos conhecimentos adquiridos, podem, por exemplo, lembrar à companheira os procedimentos de respiração quando esta se encontrar mais nervosa durante o trabalho de parto.

Dadas as vantagens apontadas e, sublinhando-se também o facto de em nenhum artigo terem sido mencionados fatores relevantes e evidentes que mostrem que a presença do pai no parto pode ser prejudicial à mãe e ao bebé, urge que sejam tomadas medidas

que promovam um cada vez maior envolvimento do pai dotando-o de mais responsabilidades durante o processo do parto e permitindo que se sinta integrado e parte integral do momento do nascimento do seu filho. Momento em que, de resto, também ele nascerá como pai (Villalón, H. et al, 2014).

O envolvimento do pai no processo de maternidade/paternidade deve então ser considerado uma prioridade, ainda mais em países como a Nigéria ou a Índia, onde os homens, salvo algumas exceções, continuam afastados das salas de parto. Iliyasu, Z. et al (2010) sublinham mesmo que pouco ou nada pode ser alcançado tanto no que diz respeito ao bem-estar das mães quanto para a promoção da saúde física e emocional dos bebés, enquanto não forem implementados programas que abordem estratégias efetivas para a participação do pai no parto e que o coloquem a ter uma intervenção ativa em que o mesmo também se sinta valorizado.

Conclusão

A partir da revisão integrativa da literatura empreendida determinamos que a pergunta PICO elaborada, através da qual se visava aferir qual o papel do pai no trabalho de parto, tem como resposta mais evidente a de que o papel do pai é determinante e de extrema importância, para o pai, para a mãe, para o bebé, e para a equipa médica.

Os vários artigos analisados dão conta de que a presença e participação do pai no parto favorecem a criação de vínculos entre pai e recém-nascido, aumentam a relação de intimidade e partilha entre o casal, que certamente favorecerá a estrutura familiar e facilitam o trabalho de parto na medida em que a parturiente acompanhada, apoiada e mais confiante será mais colaborativa e estará mais calma.

Alguns aspetos ou sub perguntas que podem ser levantadas a partir da pergunta PICO elaborada, como, por exemplo, quais as tarefas a desempenhar pelo pai durante o parto, podem não ter encontrado uma resposta exata no âmbito da presente revisão mas vários elementos apontados pelos diversos autores deixam subentendido que o pai desempenha mais do que o papel de simples acompanhante. Ele é o responsável pela manutenção da calma na sua companheira e é também o primeiro a receber o bebé, podendo ainda, intervir ao nível dos procedimentos técnicos do nascimento, cortando o cordão umbilical, e entregando o bebé aos braços da mãe.

Ao longo do estágio realizado foi possível observar que os pais, muito embora alguns se tenham mostrado renitentes e até inseguros aquando do convite, realizaram esse

procedimento de corte do cordão umbilical com muita emoção e entusiasmo e também se sentiram emocionados quando convidados a vestir o bebê e a pegar neles ao colo, segurando-os enquanto se procedia à episiorrafia na puérpera. A nossa experiência vai também de encontro ao conhecimento adquirido durante a realização da revisão que agora se conclui.

Por via dessa experiência e, sobretudo, face aos resultados obtidos após a análise da literatura conclui-se que o pai é parte integrante do processo de nascimento, ou aumento da família, pelo que deverá ter um lugar de destaque ao longo do trabalho de parto e deverá ser entendido como elemento fundamental por parte dos profissionais de saúde.

2.3 Aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do puerpério

O puerpério designa o período de recuperação física e psicológica da mulher após uma gravidez e um parto. Inicia-se imediatamente após o nascimento e expulsão da placenta e prolonga-se por 6 semanas. Período rico em alterações, na mulher e na sua família, que envolve a adaptação a um novo papel e alterações ao nível físico, psíquico, social e económico. (WHO, 2014). Graça, L. (2010) divide este período em três momentos distintos: o puerpério imediato (as primeiras 24 horas); puerpério precoce (até ao final da primeira semana), e puerpério tardio (desde a primeira semana até à sexta semana pós parto).

Os objetivos delineados deste módulo de estágio – “Pós-parto e Parentalidade” - foram:

- Demonstrar os conhecimentos teóricos adquiridos em situações que requerem cuidados especializados à mulher em situação de pós-parto;
- Recontextualizar saberes teóricos através de atividade diagnóstica desenvolvida perante situações que requerem cuidados especializados;
- Identificar problemas, delinear intervenções à puérpera e RN, a partir de fenómenos e diagnósticos de enfermagem;
- Problematicar as práticas de enfermagem a partir de evidência científica.

Estes objetivos vão ao encontro do proposto pela OE (2010).

Durante o estágio, no âmbito do Autocuidado e Preparação para a Parentalidade, num total de 300 horas, desenvolvemos atividades de forma a adquirir e desenvolver as competências específicas preconizadas pela OE (2010) para o EESMO, e relacionadas com o cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-parto. Cada competência apresenta-se com descritivos e unidades de competência:

- Descritivo: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade;

- Unidades de competência: Promover a saúde da mulher e do RN no período pós-natal; Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN durante o período pós-natal; Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal.

Ao longo do estágio foi possível realizar cuidados de nível especializado a 144 puérperas e a 153 recém-nascidos. A maioria das puérperas (112) não apresentou intercorrências, nem patologias associadas. Os RN que apresentaram necessidade de cuidados específicos (27), por vezes, foram internados no serviço de neonatologia.

No gráfico III, apresenta-se a comparação entre o número de puérperas e os RNs assistidos ao longo do nosso estágio, com ou sem complicações associadas.

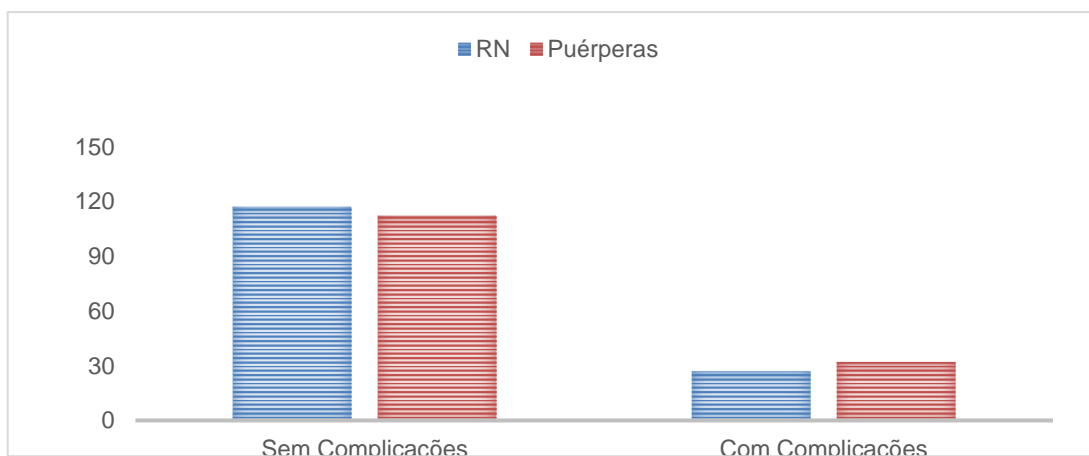


Gráfico III: Número de puérperas e de RNs assistidos no estágio

No CHTS, após 2 horas de um parto eutócico as puérperas eram transferidas para o serviço de Obstetrícia II, juntamente com o (RN), se este se apresentasse saudável.

Antes da puérpera e do RN subirem para o internamento, era avisado o serviço sobre a transferência e dadas informações sobre a puérpera, como o tipo de parto, a paridade da utente, a perda hemática durante o parto, eventuais intercorrências, a

existência de ferida perineal, a contração uterina e ainda sobre a primeira mamada. Eram passadas também informações sobre o RN: Índice de Apgar, necessidade de ser aspirado, vitalidade, choro, coto umbilical, características da pele, se existiu micção ou dejeção e sobre a adaptabilidade à mama.

Após estas informações telefónicas, a consulta do processo clínico da puérpera e do RN, bem como o partograma era essencial. Conseguiu-se assim identificar os antecedentes clínicos da puérpera, a história obstétrica, o tempo de duração do trabalho de parto, o tipo de parto, a existência de ferida cirúrgica perinela/abdominal ou eventual laceração, hora de rotura das membranas amnióticas, as características do líquido amniótico, analgesia ou anestesia utilizada, que medicação administrada no trabalho de parto, o grupo sanguíneo, a perda sanguínea durante e após o parto, sobre a eliminação vesical e eventuais complicações do trabalho de parto.

Em relação ao RN observou-se o registo do peso, sexo, se ocorreu dejeção/micção, Índice de Apgar, se ocorreram complicações (aspiração de secreções, reanimação, circulares do cordão...), reflexos de sucção e deglutição, sobre a boa adaptabilidade à mama e hora da última mamada.

O Processo de Enfermagem foi-se alterando e evoluindo ao longo do internamento perante a aquisição e desenvolvimento das competências da puérpera, de forma a tornar-se personalizado e único para cada mulher.

Nesse serviço, no acolhimento às puérperas e aos RNs era realizada uma avaliação inicial, para recolha de dados, bem como era apresentado o serviço de internamento às puérperas, quando entravam no serviço durante o dia, caso contrário era realizado no dia seguinte. A recolha de dados permitiu identificar focos de atenção, formular diagnósticos e planear, implementar e avaliar as respetivas intervenções. Preparou-se a unidade da puérpera e do RN antecipadamente. Relativamente à avaliação da mulher, era realizada no sentido cefolocaudal. A nossa apresentação era fundamental. Questionava-se como tinha sido a experiência do parto, se tinha gostado, sobre a forma como se sentia, as suas emoções face às expectativas, como se sentia agora com o RN. Questionou-se sobre a experiência da primeira mamada, como se tinha sentido, se achava que tinha corrido bem, se tinha ficado com dúvidas e podíamos observar as mamas e mamilos. Verificou-se a contração uterina, observou-se a perda hemática vaginal, observou-se o períneo e identificou-se a presença de ferida perineal, presença de edemas e foram monitorizados os sinais vitais. Explicou-se à puérpera acerca do horário das visitas no serviço, sobre as infraestruturas existentes, colocou-se a campainha perto da utente e informou-se sobre o

uso dela. Orientou-se a senhora para não se levantar sozinha, mas sim com a presença do enfermeiro pela possibilidade de cair. O levante, no CHTS, estava protocolado após seis horas do parto eutócico. Colocou-se o RN no respectivo berço junto à puérpera, de forma que estivesse perto dela e que se promovesse o alojamento conjunto.

A avaliação inicial do RN era efetuada, também, no sentido cefalocaudal. Em primeira instância verificou-se a presença da pulseira de identificação e colocou-se a pulseira eletrônica. Observou-se a coloração do RN, a existência de SDR (adejo nasal, ruído respiratório, cianose labial, retração costal), clampagem do coto umbilical e possível perda hemática, características da pele, necessidade de mudar a fralda, temperatura corporal, características do choro. Era acomodado no berço junto da mãe, promovendo assim o vínculo materno.

As utentes cujo parto tivesse sido por cesariana regressavam ao serviço após 2 horas na sala de recobro. O RN entrava no serviço logo após o nascimento, numa incubadora de transporte, e eram-lhe prestados os cuidados imediatos. O EESMO procedia à secagem da pele, à estimulação do RN para verificar a vitalidade, à avaliação da sua cor, à avaliação da respiração, à monitorização da glicemia capilar, à administração da vitamina K, vestia o RN, aplicava o colírio oftálmico e alimentava o do RN com leite adaptado adequado (Save the Children, 2004). De forma rotineira, no CHTS, todos os RN nascidos por cesariana, eram alimentados pela primeira vez com leite adaptado hipoalergénico e era realizada uma pesquisa de glicemia capilar. Esta rotina porém, não está de encontro com as recomendações atuais. Os RNs de termo, sem fatores de risco para a hipoglicemia (Apgar <ou = 6, GIG, PIG, filho de diabética, prematuro e outros), podem esperar até às 24 horas para serem alimentados. Por esta razão não é necessário alimentar um RN, com leite adaptado, apenas por ter nascido por cesariana. Recomenda-se assim esta rotina aos RNs com fatores de risco para hipoglicemia. As grávidas que eram submetidas a uma cesariana poderiam iniciar a amamentação, porém tinham que ser mais apoiadas, uma vez que esta não ocorria nas primeiras duas horas após o parto (NICE, 2015). Este assunto foi discutido com a orientadora que, porém, manteve a indicação de realizarmos as rotinas do CHTS e, enquanto estagiária, foi mantida esta prática rotineira.

Sempre que possível era pedido ao pai que, por norma, já se encontrava no serviço à espera da chegada do filho, para o alimentar. Promovia-se assim, de imediato, a ligação entre pai e filho, favorecendo a transição para a parentalidade de forma saudável, evitando assim o sentimento de papel acessório que, por vezes, a figura paterna sente durante a gravidez e no pós-parto (Silva, C. e Carneiro, M., 2014).

Os colírios oftálmicos recomendados são o nitrato de prata a 1% ou a solução de iodo polividone a 2,5% (Save the Children, 2004). O Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal (2011) recomenda que seja utilizado o colírio de iodo polividone, uma vez que, o de nitrato de prata pode causar efeitos secundários, tais como conjuntivites químicas transitórias. Este colírio recomenda-se para prevenir complicações oftálmicas no RN, que possam levar à cegueira (Netto, A. e Goedert, M., 2009). De acordo com o Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal (2011), isso também pode ocorrer in útero, ou após o nascimento. De acordo com a NICE (2006) não se deve aplicar colírio oftálmico nos cuidados imediatos a realizar ao RN. Segundo um estudo realizado por Netto, A. e Goedert, M. (2009), não se recomenda a administração do colírio oftálmico de forma rotineira aos RNs. No CHTS verificou-se que era aplicado o colírio de iodo polividone a 2,5 % a todos os RNs, de forma rotineira. Passos, A. e Agostini F., (2011), dizem que o uso profilático do colírio oftálmico está mais que justificado pela elevada presença de infeções genitais por clamídia e gonococco nas mães, sendo o risco de contágio para o RN elevado (30-50%).

Foi realizada uma reflexão com a orientadora de estágio relativamente a esta intervenção, uma vez que todas as grávidas apresentavam análises clínicas atualizadas e, se assim não fosse, no momento do parto eram realizadas, salvo em mulheres que se encontravam já em período expulsivo no momento da admissão. A orientadora de estágio confirmou que realmente era uma prática efetuada de forma rotineira no local de estágio, mas que, desta forma, não se corria risco nenhum. Porém, é de salientar também que a aplicação do colírio oftálmico, além de ser uma intervenção invasiva, interfere no estabelecimento do vínculo visual, fundamental nos primeiros instantes de vida do RN. Segundo outros autores, a aplicação do colírio oftálmico é recomendada nas primeiras 4 horas de vida do RN, quando indicada (Guia de prática clínica sobre la atención al parto normal, 2011).

Na maioria das puérperas, identificámos alguns focos de atenção comuns, tais como: Amamentação (alimentar uma criança oferecendo leite materno); Autocuidado (atividade executada pelo próprio) com o juízo Comprometido (estado julgado como ineficaz, alterado); Dor (aumento da sensação corporal desconfortável, sofrimento) com juízo Presente (momento); Ferida (Cirúrgica: corte de tecido, produzido por instrumento cirúrgico com o juízo Presente e o local Abdómen no caso das cesarianas e Períneo no parto vaginal; Traumática com o tempo Presente e local Períneo); Hemorragia (perda de grande quantidade de sangue num curto período de tempo) com o juízo Risco (possibilidade de

acontecer); Laceração (ferida traumática); Papel parental (papel de membro da família); Eliminação urinária e Eliminação intestinal (CIPE, 2011).

No RN foram identificados os seguintes focos de atenção: Desenvolvimento Infantil (crescimento e desenvolvimento físico, mental e social) e Conforto (bem-estar corporal, sensação de tranquilidade física) (CIPE, 2011).

A amamentação exclusiva até aos seis meses de idade é altamente recomendada, pois reduz significativamente a morbidade infantil sem serem observados défices de crescimento. Não existem benefícios na introdução de alimentos complementares entre os quatro e seis meses de idade, apenas pode ocorrer a necessidade de suplementação de ferro (OMS, 2012). Porém, durante o estágio, algumas puérperas manifestaram o desejo de não quererem amamentar, por vários motivos (necessidade de fazer medicação incompatível com a amamentação, repugnância no ato de amamentar, não quererem “estragar o peito”). Estas mulheres foram ouvidas e foram esclarecidas sobre alguns mitos, bem como foram informadas sobre as vantagens da amamentação para a mulher e para o RN. Por último foi sempre respeitada a decisão da puérpera após esclarecidas e consciencializadas das implicações de tal decisão. Ocorreram casos em que o RN fez leite adaptado, logo no primeiro dia de vida, por vontade da mãe.

Os hospitais considerados “Amigos do bebé” seguem determinadas recomendações propostas pela UNICEF (2012), no sentido de promoverem a amamentação exclusiva até aos seis meses. Estes devem apresentar uma norma escrita sobre o aleitamento materno; ter uma equipa treinada que implemente a norma; informar as grávidas sobre as vantagens e a prática da amamentação; ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; ensinar a mãe como amamentar e manter a lactação; não oferecer ao RN outros alimentos além do leite materno; praticar o alojamento conjunto; Encorajar a amamentação sob livre demanda; não utilizar mamilos artificiais ou chupetas ao RN e encorajar a partilha de experiências em grupos de apoio à amamentação.

O CHTS não se integrava nesta rede de hospitais “Amigos do bebé”, no entanto aplicavam-se muitas destas práticas.

Quando as puérperas chegavam no Serviço de Obstetrícia II, já tinham amamentado a primeira vez, salvo no caso em que o parto era por cesariana. A amamentação foi incentivada e apoiada até que estivesse bem estabelecida. Durante o estágio foi uma prática constante encorajar a amamentação, porém as mães, muitas vezes, manifestavam vontade de dar um suplemento, por vários motivos: exaustão física, dor no mamilo, incerteza sobre quantidade de leite que o RN ingeria, choro do RN após a mamada

ou dificuldade na adaptação à mama. Todos estes motivos foram respeitados, tentando-se clarificar e resolver a situação. Porém, em ocasiões onde o leite adaptado foi oferecido ao RN, notou-se que, depois, a amamentação não foi tão eficaz e que as puérperas se “agarravam” ao suplemento sempre que a amamentação não corria bem. O avanço científico na indústria dos leites tem permitido que as características do leite adaptado sejam cada vez mais semelhantes às do leite materno, mas o leite materno continua a demonstrar vantagens inequívocas para a saúde humana a curto e a longo prazo (Aguilar, H. e Silva, A., 2011).

Observámos que muitas mulheres já traziam com elas a chupeta. Foram esclarecidas sobre a importância de não oferecer chupeta ao RN, pois poderia dificultar o sucesso da amamentação (Frota, M. et al, 2009). Foi praticado sempre o alojamento conjunto, desde a entrada no serviço até ao momento da alta, salvo quando existia a necessidade de internamento do RN na neonatologia.

As utentes foram informadas sobre a importância do RN mamar sempre que desejasse, sem estabelecer padrões de tempo (UNICEF, 2012). Esse facto causava muitas vezes medo e insegurança às mães, pois, por vezes, os RNs, segundo as mulheres, já estavam a dormir há muitas horas, tinham estado pouco tempo à mama, ou achavam que o leite que tinham era pouco, pelo facto de o RN acordar antes de outros RN que se encontravam na enfermaria, ou por terem as mamas pequenas e moles. Ensinou-se sobre os benefícios do aleitamento materno, para o RN e para a puérpera. O leite materno possui propriedades protetoras contra algumas doenças, é um alimento completo e o momento da amamentação é promotor da relação mãe/filho (Martins, M. e Santana, L., 2013).

As vantagens para o RN são a diminuição da pressão arterial e do colesterol, a melhoria do desenvolvimento cognitivo e a diminuição da prevalência de obesidade e da diabetes tipo 2, diminui a gravidade e incidência de doenças infecciosas, diminui a mortalidade infantil pós-natal, diminui as taxas de síndrome de morte súbita, diminui a incidência de linfomas/leucemias e doença de Hodgkin, diminui o risco de alergias, menos doenças respiratórias e melhora o desenvolvimento dos maxilares (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008; Horta, B. et al, 2007; Fonseca, A. et al, 2013; Nobre, E. et al, 2010).

A amamentação traz vantagens para a puérpera, no sentido que previne o cancro da mama, facilita a involução uterina, uma recuperação pós-parto mais rápida, diminui o cancro do endométrio, ajuda no retorno ao peso pré-gestacional, diminui o sangramento uterino pós-parto, diminui o risco de cancro no ovário, diminui a incidência de fraturas da anca por osteoporose à posteriori. A amamentação é uma experiência única e favorece o

desenvolvimento do papel parental (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008; Martins, M. e Santana, L., 2013; Okamura, C. et al, 2006; Rea, M. e Toma, T., 2008).

Socialmente, a amamentação também traz vantagens: o leite está sempre pronto a ser utilizado, sem necessidade de usar biberão ou outros recursos, mais económico do que as fórmulas lácteas, tem influência na diminuição dos gastos em cuidados de saúde e diminui o impacto ambiental relacionado com a eliminação das embalagens das fórmulas lácteas (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Observou-se, durante o estágio, que as puérperas apresentavam muitas dúvidas e inseguranças na amamentação, mesmo as que já tinham amamentado no passado. Informaram-se as mulheres sobre a variedade de posições a adotar, incentivando-as a usarem as mais confortáveis para elas, para que o momento de amamentação fosse de prazer e de ternura com o RN (NICE, 2015).

Os mamilos invertidos, ou rasos, dificultaram para muitas mulheres a amamentação. Este facto levou-nos a reforçar o ensino da técnica de estimulação do mamilo de modo a torná-los mais proeminentes (Mannel, R. e Martens, P. e Walker, M., 2011). Quando, mesmo assim, a amamentação não tinha sucesso, as puérperas foram aconselhadas a usar mamilos de silicone, na tentativa de facilitar a pega, ou ainda o recurso ao vácuo com o uso da bomba extratora de leite ou de uma seringa de 20 ml (UNICEF, 2012).

Conhecimentos sobre amamentação, o desenvolvimento de habilidades, orientação e ajuda durante o estabelecimento da lactação, a avaliação criteriosa da técnica de amamentação e a intervenção adequada, face aos problemas durante a amamentação, são algumas das intervenções que o EESMO deve implementar para o seu sucesso. As práticas adequadas, dos enfermeiros, constituem-se como facilitadoras no processo de amamentação (Giugliani, E., 2000).

Outra preocupação nossa foi ensinar sobre sinais de boa pega: RN com boca bem aberta; aréola menos visível sob o queixo do RN, queixo do RN encostado à mama; lábio inferior rodado para baixo; nariz livre. A mamada não deve ser dolorosa (NICE, 2015). Para a manutenção da integridade cutânea do mamilo foi incentivada a colocação de uma gota de colostro, dado que se apresentava como nutriente e cicatrizante (Vaucher, A. e Durman, S., 2005; UNICEF, 2012).

Quando os mamilos se apresentam dolorosos ou/e com fissuras, isso normalmente é causado por uma desadequada pega do RN. A prevenção passa por um bom posicionamento durante a mamada, não higienizar os mamilos com sabão, não interromper

a mamada abruptamente (permitir que o RN deixe a mama espontaneamente). A mulher deverá iniciar a amamentação pelo mamilo menos doloroso, aconselha-se colocar uma gota de leite no mamilo e aréola após o banho e após cada mamada (facilita a cicatrização), poderá expor os mamilos ao ar e ao sol no intervalo das mamadas e poderá ainda extrair o leite e dar ao RN por biberão até que o mamilo melhore (UNICEF, 2012).

Todas as intervenções realizadas às puérperas foram avaliadas. Reforçamos positivamente o empoderamento da puérpera no desenvolvimento das habilidades e competências para amamentar. Clarificamos as dúvidas sobre a duração das mamadas, o intervalo entre as mamadas, como saber se o RN estava efetivamente a mamar e como se produz o leite (NICE, 2015).

A dor, como foco da nossa atenção e quinto sinal vital, foi avaliada com recurso a escala numérica de zero a dez considerando qual era a intensidade da dor sentida naquele momento, onde zero correspondia a ausência de dor e dez à maior intensidade de dor sentida (DGS, 2003). Frequentemente, as puérperas sentiam dor no períneo. Verificou-se maior intensidade de dor nas mulheres submetidas a episiotomia e a partos distócicos. A dor perineal pode-se apresentar horas após o parto e perdurar meses (Francisco A. et al, 2011). O trauma perineal é considerado um fator determinante para a ocorrência de dor, mesmo em utentes que não foram submetidas a uma episiotomia e, independentemente do trauma perineal sofrido (Francisco, A. et al, 2011). A dor era, quase em todos os casos, localizada na zona do períneo. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO, 2011) recomenda inicialmente aplicação de gelo localmente, se mesmo assim não surtir efeito a intervenção, propõe-se analgesia oral (Paracetamol, um grama) e se, não aliviar a dor procede-se à administração de anti-inflamatórios não esteróides, via retal ou oral, caso não existam contraindicações.

O foco ferida cirúrgica perineal era considerado no processo clínico informatizado quando ferida perineal cirúrgica, laceração ou quando presente ferida cirúrgica abdominal, no caso das cesarianas. Por vezes, a laceração nem sempre era visível, pois quando a utente subia do bloco de partos poderia ter sido suturada internamente e não se observava externamente, mas na passagem de informação do bloco de partos éramos informados sobre a sua existência. Os cuidados relacionados com a laceração eram os mesmos que os realizados com a ferida cirúrgica (episiotomia). Era vigiada em todos os turnos a perda hemática, a evolução da cicatrização da ferida perineal (caso tivesse), observado o penso cirúrgico abdominal (no caso das cesarianas) e avaliada a dor e eficácia da analgesia instituída.

Ensinava-se sobre cuidados perineais: lavagem das mãos antes e após contactar com a zona perineal, lavagem em três tempos da zona perineal: água e sabão, enxaguar com água e secar (no sentido antero-posterior) sempre que evacuassem e urinassem, troca de penso higiénico no mínimo a cada 4-6 horas, de acordo com a perda hemática, e duche diário para manter o períneo limpo. Ao sentar se sentissem dor na região perineal ou pressão, colocar toalha ou almofada para se sentarem (NICE, 2006; MCEESMO, 2011). Por vezes, as utentes referiam dúvidas quando aos produtos de higiene para utilizarem na zona perineal. A evidência científica revela que a utilização de água e sabão são suficientes e adequados, e ainda promotores da cicatrização da região vulvovaginal e perineal, desaconselhando o uso de antissépticos por rotina (MCEESMO, 2011).

O foco hemorragia era apresentado como uma possibilidade (risco). Esta é definida como uma perda igual ou superior a 500 ml de sangue nas 24 horas após o parto. A OMS (2014) considera como a primeira causa de morte em países não desenvolvidos e como causa primária em um quarto das mortes maternas totais. Clinicamente, esta caracteriza-se pela ausência de formação do globo de segurança de Pinnard, verificando-se sangramento genital, hipotensão arterial materna e choque hipovolémico (Baggieri, R. et al, 2011).

Enquanto EESMO temos de estar atentos aos sinais e sintomas que podem sugerir hemorragia, pois pode transformar-se numa situação grave e pôr em risco a vida da puérpera. Alguns dos fatores a ter em consideração e que podem aumentar o risco de hemorragia são: multiparidade, patologia subjacente de anemia, puérperas com antecedentes de placenta retida ou hemorragia em gestações anteriores.

Durante o tempo de internamento era observada, ao longo dos turnos, a involução uterina, através da palpação uterina e da caracterização dos lóquios: odor, cor e quantidade (Goody, S., OE, 2015).

Contração uterina é observada com o objetivo de diagnóstico precoce de atonia uterina e os lóquios para o diagnóstico precoce de hemorragia. Astenia, tonturas, palpitações e taquicardia eram outros sintomas a ter em atenção e que poderiam sugerir hemorragia (NICE, 2016).

A contração uterina acontece após a dequitação, o corpo uterino forma uma massa dura (Globo de segurança de Pinnard), onde o ápice fica ente o umbigo e a sínfise púbica. A altura do fundo uterino diminui com o passar dos dias e no 10º pode ser impalpável acima da sínfise púbica. Cerca das 5/6 semanas pós-parto, o útero encontra-se no seu tamanho normal (Cabral, A., 2010; Santos, E., 2002). Os lóquios são a consequência do sangramento na zona de inserção da placenta, associando-se alguns fluidos da cavidade

uterina. Estes são compostos por: células epiteliais, sangue, muco e fragmentos de decídua. Os lóquios têm evolução ao longo do puerpério sem complicações. Após o parto são hemáticos (sanguinolentos, cor vermelho), ao fim de dois dias são sero-hemáticos, após o décimo dia adquirem coloração amarela e denominam-se serosos e aos poucos tornam-se cada vez mais claros e escassos. O colo uterino após a dequitação fica flácido e friável, com limites mal delimitados. Porém, no final da primeira semana, fica estreito e encerra quase na totalidade (Ziegel, E. e Cranley, M., 2011). Lóquios com cheiro fétido, coloração atípica, quantidade abundante, febre, taquicardia, podem sinalizar complicações como retenção de fragmentos placentares e/ou infecção (OMS, 2013). As puérperas eram informadas sobre o processo de evolução. Durante o internamento, no puerpério, não se verificou nenhum episódio de hemorragia.

O foco papel parental era identificado logo no momento do nascimento do RN no processo de enfermagem. A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é, serem capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do seu filho (Leal, I., 2005). O período após o nascimento é uma oportunidade para a puérpera, para o pai e para os outros elementos da família começarem a encontrar novas formas de se relacionar uns com os outros, uma vez que existe um novo elemento na família, sendo necessário realizar alterações (Silva, C. e Carneiro, M., 2014). Todos os ensinamentos efetuados foram realizados à puérpera e ao respetivo companheiro, ou pessoa significativa, de forma a ajudar e a servir como elemento facilitador no processo de adaptação à parentalidade. As intervenções de enfermagem tiveram como objetivo apoiar os pais na adaptação para a parentalidade, na reorganização dos seus papéis, na definição das responsabilidades e dos deveres dos mesmos, bem como esclarecer dúvidas (NICE, 2014).

Alguns dos cuidados realizados aos RNs (banho, cuidados de higiene perineal, limpeza do coto umbilical) foram momentos importantes para integrar os pais, verificar as suas capacidades para efetuar essas tarefas, promovendo assim uma maior ligação entre eles e o RN. Estas intervenções (banho, cuidados de higiene perineal, limpeza do coto umbilical) estão de acordo com as *guidelines* da NICE (2014).

Ainda no que diz respeito aos cuidados de higiene (banho) foram dadas às puérperas informações acerca dos produtos de higiene, como as loções corporais, os toalhetes, tal como recomendado pela evidência científica atual (NICE 2015). As puérperas eram informadas, antecipadamente, para preparar o material para o banho e a respetiva muda de roupa. Dirigiam-se, juntamente com o RN, ao local onde era realizado o banho

avaliando-se a sua experiência quanto à realização desta tarefa. Informava-se que o primeiro passo passava por verificar a presença de todo o material necessário para a realização do banho, bem como garantir que o ambiente se encontrasse aquecido. O primeiro banho foi realizado sempre após seis horas de vida do RN pelo risco de hipotermia, alterações respiratórias, instabilidade comportamental e dos sinais vitais e aumento do consumo de oxigénio (Bergstrom, A. e Byaruhanga, R. e Okong, P., 2005; SPP, 2014). Porém, segundo Pugliese, V. (2009) não se verificaram diferenças, em termos de adaptação cardiorrespiratória e temperatura corporal, no RN que teve um banho imediatamente após o nascimento e entre outros que o tiveram após três horas de vida. No serviço, os banhos eram efetuados, de forma rotineira, no turno da manhã, embora a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2014) recomende a realização do mesmo ao fim da tarde, antes da última refeição do dia, pois promove um efeito relaxante. As puérperas eram informadas que o momento do banho podia depender do efeito que ele produzisse no RN, pois para alguns poderia ser relaxante e, para outros, poderia ser estimulante e colocá-los mais despertos. As mães deveriam adequar este procedimento de acordo com as características do seu bebé. A temperatura da água recomenda-se de 37 graus Celsius, com uma duração inferior a cinco minutos (SPP, 2014; Fernandes, J. e Oliveira, Z e Machado, M., 2011;).

O banho do recém-nascido promove o conforto e o bem-estar e previne infeções cutâneas. O banho de imersão é considerado o mais recomendado, pois reduz a instabilidade térmica, promove uma menor irritabilidade do RN através de maior organização corporal, uma vez que o RN após sair do útero materno tem mais liberdade de movimentos e, por vezes, este facto pode fazê-lo sentir desconfortável por não conseguir gerir esta liberdade corporal de movimentos. Dentro do banho, imerso acaba por se sentir como se estivesse no útero materno (SBP, 2015; Statmatas, G. e Walter, R., 2011).

Recomenda-se uso de água fervida quando existem problemas na pele do RN, caso não existam pode ser água canalizada, tal como eram realizados os banhos no local de estágio, pois nunca nos deparámos com um RN com problemas cutâneos (SBP, 2015). Porém, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2014) recomenda para o primeiro banho a utilização de água fervida ou soro fisiológico.

Quanto à frequência dos banhos, pode ser diária ou de dois em dois dias, porém é necessário realizar a higiene das pregas cutâneas, do coto umbilical, e da zona da fralda diariamente (SBP, 2015). Existem outras opiniões que referem que não se deve realizar o banho diariamente até o RN atingir estabilidade térmica e cardiorrespiratória, apontando

que esta nunca é antes das 6 horas de vida, pelo que se desaconselha essa prática antes das 6 horas de vida do RN (Fernandes, J. e Oliveira, Z e Machado, M., 2011).

A higienização do RN deve ser de forma suave e sem utilizar panos ou toalhetes e sem friccionar, pois pode irritar a pele do RN. O vérnix que a pele do RN apresenta, que se forma no último trimestre da gestação, não deve ser eliminado. Trata-se de uma camada lipídica protetora para o RN (Dyer, J., 2013). Segundo um estudo elaborado por Monteagudo, B. (2011) o vérnix presente associa-se a RN saudáveis e, peso adequado no nascimento, enquanto a ausência de vérnix se associa à presença de eritema tóxico neonatal e, descamação cutânea. Concluiu-se assim, que a presença do mesmo se relaciona com características normais do RN e bem-estar, pelo que é importante proteger esta camada lipídica após o nascimento, quando presente, e não removê-la logo com o primeiro banho.

Deve-se iniciar a higiene pela face, seguindo uma ordem cefalocaudal, limpando por último a zona perineal do RN. (Save the Children, 2004; SBP, 2015). Os pais foram informados que, sempre que o RN apresentasse a zona perineal suja, essa deveria de ser limpa antes de imergir o filho na banheira, de forma a não sujar a água destinada à higiene do RN.

Quanto aos produtos de higiene, as recomendações apontam para sabões tensioativos com pH ligeiramente ácido, na forma de sabonete ou em barra, que têm o poder de higienizar a superfície cutânea, porém sem agredir a pele do RN. Estes devem ser suaves e sem fragrância para não irritar a pele e os olhos ao RN. (SPP, 2014; SBP, 2015). Alguns autores referem a importância de não lavar o rosto do RN com produtos de higiene (Save the Children, 2004).

Após a remoção dos produtos de higiene, foram informados, os pais, da necessidade de secar de imediato o RN, envolvendo-o numa toalha adequada, de forma a perder o menor calor possível, não comprometendo assim a estabilidade térmica do mesmo. Foi dada bastante atenção às pregas cutâneas do RN para que não ficassem húmidas, podendo causar feridas ou constituir-se como focos de infeção, por serem propícios ao desenvolvimento de bactérias e fungos.

A aplicação de creme hidratante na pele do RN deve ser feita apenas quando a pele apresente um aspeto seco, com fissuras. Pode-se aplicar um emoliente adequado que protege a pele do RN e a integridade do estrato córneo, porém não está confirmado o poder de prevenir as infeções no RN (Fernandes, J. e Oliveira, Z e Machado, M., 2011; SPP, 2014).

O momento do banho foi também o momento ideal para as mães aprenderem os cuidados a realizar ao coto umbilical. Foram informadas que se trata de um tecido que se encontra morto, e como tal, é indolor para o RN (SBP, 2015). Para prevenção de infeções do coto umbilical recomenda-se que este seja mantido limpo e seco, ajudando assim o processo de mumificação, e sem aplicação de qualquer produto (NICE, 2014). Muitas mães que já tinham tido experiência, com filhos anteriores, questionaram o porquê de não poderem aplicar álcool. Foi-lhes explicado que esse produto é tóxico e pode causar necrose hemorrágica cutânea. Vários estudos apontam para o benefício de apenas higienizar o coto umbilical com água e sabão, e manter a zona bem seca, em detrimento da utilização de quaisquer produtos (Luís, S. e Costa, M e Casteleiro, C., 2014).

Além da boa higienização do coto umbilical é fundamental que seja realizada a higienização das mãos antes de limpar o coto umbilical, ou quando efetuada a troca da fralda, bem como a higienização do coto umbilical após cada dejeção ou micção, mantendo o coto fora da fralda, sem exercer tração (SBP, 2015).

A técnica para a higiene do coto foi demonstrada às mães, de forma a esclarecer as dúvidas existentes: higienizar previamente as mãos, utilizar uma compressa com água e sabão e limpar sempre da base para a ponta num só movimento de forma a garantir uma correta limpeza, se a compressa estiver suja repetir o mesmo processo até se apresentar limpa, pegar numa compressa apenas com água e efetuar o mesmo movimento, utilizando as compressas necessárias até eliminar o sabão e, por último, pegar na compressa seca e secar o coto umbilical da mesma forma, até remover toda a humidade possível, pois pode proporcionar um ambiente facilitador para a proliferação de agentes infecciosos (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Em contexto de estágio esta prática era realizada desta forma, encontrando-se assim atualizada com as evidências científicas existentes.

Os ensinamentos aos pais e as informações sobre a higiene perineal ao RN foi também oportuna neste momento. A muda da fralda é um momento que suscita muitas dúvidas aos pais, o que foi verificado ao longo do período de estágio. É essencial encontrar-se um ambiente calmo e com espaço, verificando sempre a presença de todo o material: fralda limpa, compressas/esponjas, água morna e muda de roupa para o momento. Nunca deixar o RN sozinho para ir buscar o que falta, prevenindo assim as quedas. A prevenção das complicações da integridade cutânea, do períneo, como por exemplo as assaduras, passa pela muda frequente e correta da fralda. Contacto prolongado com urina e fezes, pele húmida e quente e fricção frequente com urina e fezes são fatores que podem colocar em risco a integridade perineal, proporcionando o aparecimento de lesões cutâneas. A troca

frequente da fralda e a manutenção da zona perineal sempre limpa e seca é a melhor prevenção possível que os pais podem fazer. Foram recomendadas as fraldas com bom poder de absorção e desaconselhado o uso de toalhetes perfumados e com detergente, pois têm aromáticos e agentes químicos que podem irritar a zona perineal do RN. Os cremes perineais mais adequados são os cremes barreira, à base de vitamina A e D e óxido de zinco, que devendo ser aplicados apenas quando se inicia a observação de alterações como: rubor, calor, erupção cutânea e lesões na pele (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008; SBP, 2015; SPP, 2014).

Após a realização dos cuidados de higiene à pele do RN, as mães foram ensinadas a vestir o RN, tendo já colocado a roupa na ordem correta para o vestir e não necessitando, assim, de procurar as peças de roupa necessárias, bem como aconselhadas a remover todas as etiquetas das mesmas e a não utilizar alfinetes na roupa.

Na mulher o foco Eliminação Urinária foi também importante ter em consideração, pois estas apresentavam a possibilidade de desenvolver retenção urinária, daí a importância de prevenir esta situação e identificá-la o mais depressa possível quando se apresentasse. Classifica-se como a incapacidade de urinar, espontaneamente, dentro das seis primeiras horas após o parto vaginal, ou após a remoção do cateter vesical.

Durante a gravidez, segundo Fonseca, E. e Cabar, F. e Nomura, R. (2008) e Jeyabalan, A. e Lain, K. (2007) há um aumento da função renal, dilatação do sistema coletor. Estas alterações ocorrem devido ao aumento uterino, do plexo vascular ovárico e pela rotação para o lado direito. Sempre segundo os mesmos autores, a progesterona aumentada promove o relaxamento da musculatura da bexiga, promovendo o aumento do volume residual urina e em consequência maior probabilidade de infeções urinárias. Todas estas alterações anatomofisiológicas, podem predispor à retenção urinária, mesmo após o nascimento do RN, pois estas alterações não cessam de imediato após o parto.

Esta intercorrência, que pode ocorrer após o parto, deve suscitar elevada atenção por parte do EESMO, pois pode causar dificuldade urinária no futuro, infeções urinárias e em casos extremos a insuficiência renal. Existem fatores de risco que podem aumentar a probabilidade desta situação se verificar: nuliparidade, trabalhos de parto prolongados, partos distócicos, peso do RN e analgesia epidural. A possibilidade de retenção urinária diminui progressivamente conforme o tempo de pós-parto, pois as alterações anatómicas e funcionais do sistema urinário voltam à fase não gravídica (Moisés, L. e outros, 2011).

Durante o estágio foram poucas as puérperas que não urinaram antes das 6 horas pós-parto. Durante esse período de tempo foram efetuadas intervenções para facilitar a

micção espontânea: abrir a água na casa de banho, molhar as mãos, deixar a puérpera relaxada na casa de banho o tempo que necessitasse, ficando com o RN ao nosso encargo (por vezes a preocupação de não deixar o RN sozinho causava atrasos na ida ao WC), tomar um duche quente, ingerir mais água. Apenas quando estas não resultaram se procedia à algáliação com avaliação do volume urinário (NICE, 2006).

O primeiro levante era um momento importante para a puérpera e para o EESMO. Este era um momento de importância elevada, pois existia o risco de queda, por hipotensão, que poderia ser causada pela perda sanguínea durante o trabalho de parto e pela posição horizontal prolongada a que a utente tinha estado sujeita. Este era realizado após 6 horas do parto. Preconiza-se o levante precoce, com o objetivo de promover a deambulação e estimulação da perfusão sanguínea, de forma a minimizar o risco de tromboflebites. Todas as mulheres que tinham tido um parto eutócico, sem intercorrências graves, efetuavam o levante precoce, independentemente de terem efetuado analgesia epidural. Porém, a literatura recomenda o levante após as 12 horas nas puérperas que realizaram analgesia epidural, uma vez que pode haver perda de sensibilidade nos membros inferiores e, em consequência, maior risco de queda. Todas as utentes, em contexto de estágio, realizavam o levante após as 6 horas do parto sendo antes avaliada a TA para antecipar a possibilidade de queda por hipotensão, bem como, era avaliada a sensibilidade nos membros inferiores (Graça, L., 2010).

Eliminação intestinal das puérperas, era outro foco de interesse para o EESMO. Durante a gravidez, a suplementação de ferro e as alterações hormonais podem causar obstipação. No nosso estágio, tivemos o cuidado de realizar intervenções para promover a motilidade intestinal (incentivado o levante precoce, incentivando a deambulação, incentivando a hidratação, incentivando uma alimentação rica em fibras,...). Estas intervenções eram efetuadas principalmente quando a puérpera referia desconforto abdominal, sensação de esvaziamento incompleto do intestino, fezes duras no momento de evacuar e diminuição da eliminação intestinal. Quando, mesmo com medidas não farmacológicas, a puérpera continuava sintomática, era administrado um laxante e aguardava-se o efeito do mesmo. Durante o período de estágio, algumas utentes já apresentavam obstipação mesmo antes de engravidar, e por vezes, foi necessária a administração de laxantes que surtiram efeito (NICE, 2006; Turawa, E. e Musekiwa, A. e Rohwer, A., 2014). As puérperas foram informadas, no momento da alta, que era importante manter uma dieta rica em fibras, ingerir água ao longo do dia e fazer refeições regulares. Isto porque, por vezes, as mulheres encontram-se tão absorvidas pelo

nascimento do RN que se descuidam na alimentação, deixando para segundo plano a própria saúde. Foi reforçada a importância do autocuidado alimentação, mesmo quando em casa, pois isso também influenciava o sucesso nos cuidados ao RN, uma vez que, se a puérpera estivesse com desconforto abdominal e dificuldade constante pela incapacidade e dificuldade em evacuar, a disposição para cuidar do RN seria influenciada, dado não se sentir bem.

Para além destes focos, principais no interesse e na nossa atenção também, se identificaram outros que não referimos dada a sua menor frequência. Os cuidados de EESMO foram sempre personalizados, atendendo às necessidades dos clientes.

Relativamente ao RN os dois grandes focos de atenção do EESMO foram o desenvolvimento infantil e o conforto.

Considerando-se o foco desenvolvimento infantil, a avaliação física e neurológica do RN era realizada pelo EESMO e pelo pediatra concluindo-se 72 horas após o seu nascimento, tal como recomendado pelas *guidelines* da NICE (2014). Este era o tempo necessário para a realização de todas as intervenções e exames compatíveis com uma correta avaliação. Todos os valores e parâmetros observados no RN foram registados no processo de enfermagem e no boletim individual de saúde infantil para promover a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Foi monitorizada a frequência cardíaca, a frequência e características da respiração, as características da pele, o padrão de eliminação, o reflexo de sucção e deglutição e a adaptação à mama.

Num primeiro momento, após o nascimento do RN, era avaliada a frequência respiratória (30-60 c/min) e a frequência cardíaca (100-106 bp./min), indicadores de bem-estar. Esta monitorização era realizada na presença dos pais e explicada a sua importância. Era explicado aos progenitores a importância de realizar estes procedimentos para despistar alterações que pudessem sugerir algum problema de saúde (patologias cardíacas ou respiratórias por exemplo). Esta prática acabava por promover um maior interesse dos pais perante a saúde do filho, que embora não tivessem um papel ativo nesta intervenção, eram informados e esclarecidos, sentindo-se assim incluídos. Promoveu-se, assim, o papel parental, que também passa pela responsabilidade de promover a saúde do RN e estar atento ao bem-estar dele (NICE, 2014).

Os progenitores foram informados quanto às características da pele de um recém-nascido saudável: apresenta-se macia, com pH com tendência a neutro, sensível, fina e frágil. A pele do bebé atinge a sua maturidade após os 12 meses de vida (Nikolovski, J. et al,

2007). A pele do adulto tem pH ácido e tem efeito protetor contra microrganismos. A pele do RN possui um pH tendencialmente neutro, diminuindo assim a defesa contra os microrganismos (Fernandes, J e Oliveira, Y. e Machado, M., 2011). Segundo Totter, S. (2006) e Bello, R. (2000) e Fernandes, J. e Oliveira, Y. e Machado, M. (2011) a função dos lípidos, na pele, passa por uma barreira e a sua integridade. Como o conteúdo lipídico cutâneo do RN é menor do que no adulto e, por outro lado, apresenta maior quantidade de água, torna-se menos eficaz na proteção cutânea. O colagénio, no RN, também é menor, a pele é mais fina, maior número de folículos pilosos, menor poder de tampão e maior relação superfície/volume corporal. Torna-se mais suscetível a agentes externos, a maior perda de líquidos, a menor capacidade de manter a homeostase e a uma maior absorção percutânea.

Com o crescimento do RN a pele vai adquirindo maior impermeabilidade e consequentemente torna-se mais madura e menos suscetível aos riscos anteriormente descritos. A pele, na zona perineal, é mais suscetível a ser lesada pelo uso da fralda, pois está menos arejada e sujeita a contacto com fezes e urina que podem alterar o seu pH que, como referido anteriormente, não apresenta grande propriedade de defesa contra microrganismos. Todas estas características da pele do RN, levam à necessidade de ter com ela particular atenção, de forma a preservar a sua integridade, evitar exposições químicas prejudiciais e prevenir a toxicidade. Cuidados adequados à pele do RN, que se apresenta imatura, são fundamentais para minimizar a morbimortalidade associada a este risco (Kuller, J. et al, 2001; Cunha, M. e Mendes, E. e Bonilha A., 2002; Fernandes, J. e Oliveira, Y. e Machado, M., 2011).

Foram aconselhados os pais a utilizar fraldas descartáveis superabsorventes no RN, de forma a manter a pele seca. Recomendou-se a sua troca frequente. Os progenitores foram informados que os cremes tópicos para prevenção de dermatite da fralda, de forma rotineira, são desaconselhados. Os mesmos devem ser aplicados em camada fina e apenas quando se observa rubor na zona perineal.

Muitos RNs apresentam uma substância branca na superfície da pele que se denomina de vernix. Os pais foram informados que esta se desenvolve no terceiro trimestre da gravidez e trata-se de uma substância gordurosa que pode traduzir um RN mais maduro no momento do nascimento. Os progenitores foram informados que o vernix deve sair lentamente e que não se deve friccionar a pele para o remover, pois trata-se de uma proteção para o RN. Esta substância previne a perda de líquidos, evitando a

desidratação, mantém a regulação térmica e protege contra os microrganismos os quais a pele pode ser exposta (Visscher, M. et al, 2005).

Outro achado normal que se pode apresentar na pele do RN e que traduz alguma imaturidade física no RN é o lanugo, este apresenta-se como um pelo fino e abundante que recobre a pele do RN, maioritariamente localizado na região dorsal, ombros e face. Os pais foram informados que este desaparece de forma natural nas primeiras semanas de vida do RN por substituição do pelo natural definitivo.

Por vezes, poderiam aparecer RN com Eritema tóxico neonatal, tratando-se de uma dermatose, apresenta-se como umas máculas eritematosas, com ou sem pequenas papilas cor-de-rosa pálido ou amareladas, sobretudo na zona superior do tronco. Estas alterações na pele causavam alguma insegurança aos pais e preocupação, foi-lhes explicado que são lesões assintomáticas e que podem manter-se por duas a três semanas, sem necessidade de tratamento e que não causam dor nem desconforto ao RN. (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008; Save the Children, 2004; SPN, 2014; Fontanele, F., Pagliuca, L. e Cardoso, M., 2012). A icterícia era uma preocupação elevada nos pais, e apresentavam algumas dúvidas, pois tinham já ouvido falar da possibilidade dos filhos poderem ficar com a pele amarela. Foram informados que a icterícia apresenta-se como a coloração amarela da pele e das mucosas pela deposição de uma substância (bilirrubina), que se verifica quando esta excede um determinado valor (5mg/dl). Os pais foram informados que, na maior parte das vezes, esta elevação da bilirrubina era benigna, sem risco para o RN, tratando-se de uma icterícia fisiológica e não patológica. Esta acontece principalmente pelo aumento fisiológico da bilirrubina entre o 3º/5º dia de vida do RN e depois diminuiu (SPP, 2013; Pico, M. e Macia, M., 2011;). Porém, durante o internamento ocorreram episódios de icterícia severa, sendo necessário o tratamento com fototerapia. Esta pode ocorrer quando existe elevação dos níveis de bilirrubina antes das 24 horas de vida do RN. Este foi um dos casos identificado em contexto de estágio (SPP, 2013).

Os pais foram informados sobre o tratamento que o RN teria de fazer, bem como os cuidados necessários a ter quando este se encontrava em fototerapia: contacto direto da pele do RN com a fonte de luz, alternância de decúbitos, proteção dos olhos com viseira opaca, como tirar o RN do berço de fototerapia e como recolocá-lo, e sobre a necessidade do aumento da amamentação pelo risco de desidratação. Além destes cuidados realizados, foi avaliada a competência dos pais na correta execução dos cuidados ao RN em tratamento por icterícia.

Os RNs eram pesados pelo EESMO uma vez por turno, avaliada a bilirrubina transcutânea, avaliada a temperatura corporal e os sinais de alerta sobre os efeitos colaterais a ter em conta durante a fototerapia (fezes moles, hipertermia e exantema eritematoso) (SPP, 2013).

Quanto à eliminação intestinal do RN, isto gerou muitas dúvidas e preocupações nos pais. Foi-lhes explicado que o RN deve evacuar mecónio (fezes escuras e viscosas) nas primeiras 24- 48 horas de vida do RN. Estas fezes são características normais do RN, pois refletem um sistema digestivo imaturo. Nos primeiros dias, as fezes dos RNs apresentam-se escuras: pretas, esverdeadas e viscosas, mas nos dias seguintes devem tornar-se fezes de consistência mole, amarelas e granuladas (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Relativamente à eliminação urinária os progenitores foram informados que o habitual e esperado é que o RN urine nas primeiras 24 horas de vida e o espectável é que apresente mais ou menos seis micções em cada 24 horas. A urina apresenta-se de coloração amarela clara, o que representa uma adequada ingestão de leite. Caso o RN não apresente urina nas primeiras 24 horas, deve-se avaliar a causa e identificar sinais de alerta como por exemplo distensão abdominal e globo vesical (Save Child, 2004; NICE, 2014; Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Neste estágio não se apresentou nenhum caso onde o RN não tivesse urinado ou evacuado nos tempos anteriormente descritos.

Relativamente ao reflexo de sucção, esteve presente em todos os RNs, trata-se de um reflexo primitivo, porém alguns apresentavam-no mais desenvolvido do que outros. Trata-se de uma função necessária para a alimentação eficiente, via oral. Foi explicado aos pais que este movimento que o RN faz deve ser harmonioso e coordenado. Reflete-se quando o RN estimula na região perioral com os dedos ou mamilo, e direciona a boca e a cabeça para o lado estimulado. Para esta capacidade é necessário que o RN apresente reflexo de busca e de sucção, e coordenação entre sucção-deglutição-respiração (Neiva, L. e Leone, C., 2006;). Este reflexo foi observado e avaliado no momento de amamentação.

O reflexo de deglutição observa-se quando o RN, após sugar o leite, tinha a capacidade de o engolir, coordenando com a sucção. Esta capacidade verificou-se em todos os RNs cuidados ao longo do nosso estágio (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Durante a nossa prática efetuámos o rastreio de cardiopatias congénitas, através da medição das saturações de oxigénio, no membro superior direito e no membro inferior direito (oximetria de pulso arterial). O teste era normal quando ambos os valores eram superiores a 95 % e a diferença entre eles inferior a 3%. Estes valores representavam uma boa oxigenação e simetria da mesma no RN. Se estes valores de referência estivessem

alterados, havia necessidade de realizar outros exames para despistar possível patologia cardíaca. Para ser válido, este exame foi realizado após as 24 horas de vida do RN, pois antes poderia haver resultados falso-negativos devido à imaturidade fisiológica do RN (Morais, S. et al, 2013). Estudos referem que o rastreio das cardiopatias congénitas através da oximetria de pulso arterial, associado ao exame físico, melhora este rastreio. Trata-se de um método não doloroso, não invasivo e não dispendioso, recomendado pela American Heart Association e pela American Academy of Pediatrics que realizaram vários estudos (revisões) para validar esta recomendação e dar credibilidade aos resultados que este rastreio possibilita (Mahle, W. et al, 2009). No internamento seguia-se o protocolo estabelecido para este rastreio. Aqueciam-se os membros do RN e, com o oxímetro de pulso, adaptava-se o sensor nos membros correspondentes. Todos os RNs apresentaram saturações superiores ou iguais a 95% e nunca com diferenças entre os dois membros superiores a 3 %.

Quanto ao conforto, uma das grandes dúvidas que existia em relação ao RN e que suscitava muitas dúvidas e medo nos pais era o choro do filho. Estes expressavam sensação de preocupação e medo por não entenderem o que o choro queria dizer (Kitzinger, S., 2006).

O choro é a primeira forma de comunicação social do bebé, considerado como uma manifestação fisiológica e normal nos primeiros meses de vida e que já manifesta alguns traços da personalidade do indivíduo (Seabra, J., 2009). Os pais foram tranquilizados sobre o choro do RN e informados que com o tempo iriam conseguir distingui-lo e entender as necessidades expressas por ele. Foi salientado o facto de que o próprio RN iria evidenciar e ensinar os pais quanto aos diferentes choros, o significado dos mesmos através da linguagem corporal e expressões faciais. Os pais foram ensinados sobre os cinco tipos de choro que existem descritos na literatura até aos três meses de vida dos RN'S: cansaço, fome, dor, aborrecimento e desconforto. Foram explicadas as características de todos os tipos de choro. Sempre que o RN chorava, explicava-se aos pais o possível motivo pelo qual o RN chorava e tentava-se esclarecer e ajudá-los a caracterizar e identificar o tipo de choro. Este ensino foi bastante difícil, uma vez que o RN permanecia no internamento, normalmente, apenas 48 horas.

O choro que representa a fome no RN caracteriza-se por ser um choro rítmico (período de choro intercalado com períodos de pausas), um choro que não é alto e costuma ocorrer antes da hora das mamadas. Normalmente os RNs expressam sinais de fome da seguinte forma: reflexos de sucção mais intensos, demonstra-se inquieto e

movimenta a cabeça como à procura da mama. O choro de dor é caracterizado por ser alto, de repente e muito estridente e tenso. Quando o RN sente dor a testa dele fica franzida, arqueia as sobrancelhas, tem a boca aberta e o queixo treme e fica com a face vermelha. O choro de dor, por cólica, o RN movimenta os braços de forma intensa e as pernas também, o abdômen apresenta-se distendido e duro ao toque, os punhos do bebê apresentam-se cerrados e as costas arqueadas. Quando o choro é de cansaço o RN chora de forma ligeira como se fosse um gemido e, aumenta de intensidade, até se tornar forte, podendo ter uma sonoridade nasalada. Ocorre com maior probabilidade no final do dia e/ou após um período de muito tempo acordado. Corporalmente, expressa-se esfregando os olhos, que se apresentam como vidrados e faz movimentos de empurrão. O choro de desconforto é mais fraco do que o da dor, mas pode intercalar com momentos de grande intensidade. O RN franze a testa, arqueia as costas e apresenta os braços e pernas tensos. Quando o RN está aborrecido o choro é suave, tipo gemido e chora levemente, soando como um lamento. Fisicamente, apresenta o rosto e corpo relaxado e procura a atenção e a interação com os progenitores (Brazelton, T. e Sparrow, J., 2007). Após esta explicação sobre os tipos de choro, alguns pais demonstravam mais dúvidas, por alguns tipos de choro serem muito semelhantes e por acharem que não estariam à altura de entendê-los e sabê-los distinguir. Foram acalmados e foi explicado que, com o tempo, o filho iria comunicar com eles através do choro e que eles iriam automaticamente entender as necessidades que ele expressava.

Além de termos explicado as características do choro, os pais foram informados e ensinados ao longo do internamento, a desenvolver estratégias de consolo do RN, acabando por colmatar as necessidades que estes expressam com o choro. Face ao choro de fome é importante alimentar o RN, embora se o choro for muito intenso é importante acalmar o bebê antes. Quando o RN chora porque está cansado aconselhou-se a embalar o bebê, deitá-lo e afastá-lo de ambientes ruidosos e movimentados e colocar uma música calma. No caso de choro por dor é fundamental relaxar o RN e identificar a causa de tal desconforto. Quando o RN chora por se sentir desconfortável tem que se identificar e eliminar a fonte de desconforto: mudar a fralda, adequar a temperatura do ambiente, posicionar o bebê de forma diferente, reduzir a intensidade da luz, colocar o bebê a eructar e pode-se proceder a uma massagem também. Quando o bebê chora por tédio é importante interagir com ele dando colo e aconchego, falar, brincar e passear com ele (Statmatas, G. e Walter, M., 2004). Estas estratégias foram demonstradas ao longo do internamento e foi promovida autonomia e o incentivo das mesmas ao longo do internamento, à medida que as oportunidades de aprendizagem se fossem

proporcionando. Foi possível também avaliar a eficácia destas estratégias postas em prática pelos progenitores ao longo do internamento. Com o passar do tempo, os pais sentiam-se mais seguros e quando o RN chorava solicitavam cada vez menos a ajuda da equipa de enfermagem.

Considerando o regresso a casa, as puérperas foram preparadas para a alta ao longo de todo o internamento, tentando com que se sentissem seguras em ir para casa e capazes de cuidar de si e do filho, em segurança. Esta preparação foi realizada desde o primeiro dia de internamento. A informação foi dada de forma faseada, adequando as necessidades de informação aos problemas que apresentavam.

Foram informadas sobre a importância da realização do teste de rastreio metabólico ao RN, que o Sistema Nacional de Saúde recomenda desde 1979. Os pais foram informados que o teste permite identificar crianças que sofrem de doenças metabólicas, a maior parte delas genéticas, e assim podem beneficiar de um tratamento precoce. Todas as doenças identificadas através deste teste têm tratamento e cura. Trata-se de um teste que é recomendado embora não seja obrigatório. Os progenitores foram informados que o teste consiste em recolher uma amostra de sangue, através da picada do calcanhar que deve ser efetuado ao RN entre o terceiro e sexto dias de vida. Trata-se de um teste gratuito que o Sistema Nacional de Saúde oferece. O resultado deste mesmo teste pode ser consultado pelos pais após 15 dias, introduzindo um código que se fornece previamente, após a realização do teste. Durante o internamento, alguns RNs realizaram o teste, pois tiveram que permanecer mais de três dias no internamento. Todos os pais demonstraram interesse na realização do mesmo. Os testes realizados no internamento foram efetuados segundo as normas do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

Outro assunto abordado no momento da alta foi o encaminhamento para os Centros de Saúde respetivos para a realização das vacinas, dando cumprimento do Plano Nacional de Vacinação. No internamento foi realizada a primeira dose da vacina da Hepatite B, pois a vacina BCG encontrava-se esgotada no momento em que foi realizado o estágio. A Direção Geral de Saúde recomendava a vacina da BCG e Hepatite B no momento do nascimento (DGS, 2012). Segundo as novas orientações (DGS, 2017) para o Plano Nacional de Vacinação de 2017 (PNV), a vacina BCG já não é recomendada por não apresentar ganhos em saúde deixando, assim, de ser administrada a partir de 2017. Esta é uma das grandes variações do PNV.

Os pais foram aconselhados a marcarem a primeira consulta após a alta hospitalar, aos 15 dias de vida do filho, ou antes dos seis dias de vida, nos RNs que não realizaram o

teste de diagnóstico precoce no internamento. Os pais foram informados sobre a importância da vigilância no Centro de Saúde para uma correta avaliação de todos os parâmetros vitais e para uma monitorização e avaliação do desenvolvimento físico, mental e social do RN (NICE, 2014; DGS, 2012).

Foram informados que a queda do coto umbilical acontecia entre o quarto e décimo dias de vida. Relativamente aos sinais de alarme a ter em consideração, face ao coto umbilical, foram informados para estar atentos à existência de rubor ao redor do umbigo, mau cheiro do coto umbilical, corrimento e sangramento pelo mesmo. Aconselhou-se a procurar cuidados de saúde se estes sinais se apresentassem (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008).

Outro sinal de alerta que era transmitido aos pais, face ao RN, era a possibilidade da icterícia surgir após 7 dias de vida do mesmo, ou permanecer após 14 dias de vida. É uma sintomatologia que deve levar os pais a procurar cuidados de saúde especializados (NICE, 2015).

Foram, também, antecipadamente informados sobre a importância de um correto transporte para casa, de modo a poderem sair com o bebé em segurança. Existe um programa, desde 2011, realizado pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) que se denomina de Alta Segura e que consiste em assegurar que, desde o primeiro dia de vida, o recém-nascido seja transportado em segurança. Os pais foram orientados para a compra de um sistema de retenção para cintos (SRC), e que os RNs devem ser transportados em um dispositivo homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04 e adequado à idade, estatura e peso para garantir a maior segurança possível. O RN deve viajar voltado para trás, pois apenas desta forma a cabeça, pescoço e região dorsal estão protegidos em caso de acidente. Os pais foram informados antecipadamente que o SRC deve ser preso ao automóvel com o cinto de segurança, ou através de sistema isofix2 (que alguns carros possuem), devendo ser colocado num local que não tenha *airbag* frontal ativado. Foi também salientado aos pais que a posição de viajar do RN deve ser semi-sentado (APSI, 2014). Estas informações foram dadas aos pais antes do momento da alta para eles aprenderem a correta forma de fixar o SRC e para comprarem o correto sistema de retenção de acordo com as normas mencionadas. No momento do transporte do RN para casa foi verificado o modelo do SRC, bem como a capacidade dos pais em colocarem adequadamente o RN no meio de transporte, assim como na colocação dos cintos.

Relativamente à puérpera foram abordados os sinais de alerta para ter em consideração face à amamentação. Foi referido às mães que estas complicações surgem principalmente quando ocorre a descida do leite materno, entre o terceiro e quarto dias. A puérpera foi alertada para ter em atenção se ocorresse fissura no mamilo, ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos ou mastite (Save the Children, 2004). Explicou-se que os sintomas principais do ingurgitamento mamário eram a distensão cutânea da mama, dor, febre, mal-estar, mama aumentada, zonas da mama com coloração avermelhada e edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados e o leite, por vezes, não sai com facilidade. Os sintomas de mastite passam por inflamação local na mama, febre, mal-estar geral, astenia, calafrios, prostração e abscessos mamários. Relativamente ao bloqueio dos ductos os sintomas podem manifestarem-se através de nódulos sensíveis e dolorosos na mama. Pode existir temperatura aumentada na mama e coloração vermelha, porém não causa febre esta complicação da amamentação (Giugliani, E., 2004; Sales, A. et al, 2000). Salientou-se a importância da puérpera procurar cuidados de saúde, no Centro de Saúde ou no Hospital, se apresentasse essa sintomatologia, de forma a não comprometer a amamentação e a sua e saúde.

Relativamente aos cuidados perineais, as puérperas foram informadas que se apresentassem sangramento vaginal intenso, corrimento vaginal com odor fétido, corrimento vaginal esverdeado ou branco com mau cheiro deveriam recorrer aos serviços de saúde (WHO, 2003).

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Durante o desenvolvimento do estágio foi possível adquirir as competências inerentes ao EESMO. Porém, todos os conhecimentos teóricos pré-existent e as intervenções efetuadas às grávidas, RN, parturientes, puérperas e família foram sempre vistos de uma forma crítica e com reflexão. Procurou-se ter sempre a maior evidência científica e questionar quanto ao que se fazia na prática e o que era recomendado cientificamente.

Foram identificadas situações em que as práticas eram realizadas de forma rotineira e sem rigor científico atualizado. Em cada subcapítulo existem pequenos textos que evidenciam este facto. Existiu, por parte do tutor de estágio, abertura para discutir algumas destas situações, porém, enquanto estudante a nossa prática, foi respeitada e efetuada segundo a vontade do orientador e o protocolo do hospital. Mesmo assim, foi possível aprender com estas pesquisas para que no futuro se opte pela realização de práticas baseadas na evidência científica. A ESEP sempre incutiu uma visão crítica, enquanto futuros especialistas e mestres, e não apenas imitar os modelos da prática, questionando-se em todas as oportunidades de aprendizagem que o estágio proporcionou. O orientador de estágio foi um elemento essencial na criação de oportunidades de aprendizagem.

Verificou-se que alguns cuidados de enfermagem eram realizados de forma rotineira: ensino sobre o primeiro banho ao RN tinha que ser sempre no turno da manhã, os cuidados de higiene e conforto eram realizados sempre no turno da manhã, entre outras intervenções mais rotineiras. Foi salientado ao longo de todo o relatório de estágio a importância de realizar cuidados personalizados, individuais, e de acordo com as necessidades de cada sujeito ao nosso cuidado. Muitas grávidas, por exemplo, preferiam tomar banho à noite. Foi discutido com o orientador de estágio a possibilidade de alterar esta rotina e deixar que as mulheres realizassem os cuidados de higiene e conforto à noite. Este demonstrou-se receptivo e foi possível alterar esta rotina, aumentando a satisfação da grávida. Tal como esta situação, outras foram identificadas e discutidas com o orientador que se mostrou aberto a esta personalização de cuidados.

Ao longo do estágio foi possível entender que a Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia é uma área em constante atualização científica. Mesmo no período em que se

elaborou o presente relatório de estágio, existiram práticas e protocolos que se alteraram, tal como o Plano Nacional de Vacinação descrito no subcapítulo referente ao puerpério. Esta observação permite, evidenciar ainda mais a necessidade do EESMO em manter-se atualizado e procurar sempre as mais atuais evidências, pois estas estão em contínua atualização e aperfeiçoamento. Para realizar cuidados de excelência é primordial fundamentar-se na prática baseada na evidência.

As dificuldades durante a realização dos três estágios foram algumas. A adaptação ao método de trabalho de cada tutor foi um momento de dificuldade sentido. Com o passar do tempo e conversando com os tutores, identificou-se o método de cada um. Este facto permitiu uma aprendizagem, no sentido de observar diferentes métodos de trabalho e perceber qual se identificava mais com o que realizaríamos se não estivéssemos com o estatuto de aluna.

Por vezes, não estar de acordo com determinadas rotinas realizadas no CHTS foi um momento de dificuldade. Isto, porque enquanto estudantes, tínhamos um papel mais delicado e nunca se desejou ferir suscetibilidades quanto ao profissionalismo dos enfermeiros. Tentou-se superar este obstáculo conversando com o tutor e tentando entender por que razão científica determinado processo teria que ser sempre daquela específica forma. Muitas vezes não existiram explicações científicas, mas sim, mais de organização dos cuidados no serviço.

As dificuldades encontradas para a redação do relatório de estágio passaram pela necessidade de tempo para pesquisa bibliográfica sobre as práticas encontradas ao longo do estágio e os poucos momentos que existiram para realizá-las. Esta dificuldade foi superada tentando organizar o tempo, de forma a ter momentos dedicados à pesquisa bibliográfica e à elaboração deste documento, abdicando de momentos de ócio e sociais, bem como de descanso para poder terminar o relatório.

O não domínio da língua portuguesa, para a escrita do relatório de estágio, foi outro obstáculo identificado. Tratando-se de um relatório desta importância a capacidade de linguagem científica e a construção de frases claras era essencial. Graças à paciência e sugestões da orientadora do trabalho foi possível terminar este relatório de estágio.

Identificou-se que um ensino realizado no âmbito do puerpério não foi sucedido da melhor forma. A explicação de todos os tipos de choro aos pais acabou por causar bastante ansiedade. Isto porque estes se sentiam incapazes de identificar o choro e respetiva necessidade que o RN transmitia através do mesmo. Identificado este facto, explicou-se aos pais que era normal não identificarem todos os tipos de choro do RN. O filho tinha poucas

horas de vida e eles ainda o estavam a conhecer e que com o tempo iriam entender a causa do choro do bebé. Mesmo este ensino permitiu um momento de aprendizagem. Muitas vezes é necessário ponderar o conhecimento teórico que se transmite aos pais e família, pois, por vezes, como neste caso, pode causar ansiedade e não ser um elemento facilitador no processo de cuidar do RN.

Em suma, a realização do relatório de estágio permitiu, ainda mais, evidenciar o gosto e paixão por esta área de especialidade de enfermagem e a vontade de a poder pôr em prática.

CONCLUSÃO

Numa perspetiva analista, centrada no trajeto realizado, considera-se que competências específicas estabelecidas para o enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia foram levadas a cabo durante todo o período decorrente do estágio realizado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

No decorrer do estágio, mais concretamente nos três módulos em que este se encontra subdividido, pode afirmar-se que foram devidamente cumpridos os objetivos propostos pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No que diz respeito ao módulo “Gravidez com complicações”, foram postos em prática os conhecimentos teóricos adquiridos no âmbito dos cuidados especializados em contexto de maternidade patológica. Foi estabelecida uma ponte entre o conhecimento teórico e científico e as diversas situações em que foi necessário atender aos cuidados especializados, colocando-os em prática, nomeadamente identificar problemas e delinear intervenções à grávida com complicações, a partir de fenómenos, de diagnósticos de enfermagem. Neste sentido, da prática de enfermagem foi problematizada, uma vez que se procurou, de um modo regular, ir ao encontro das práticas científicas mais atuais.

Relativamente ao módulo “Trabalho de parto e parto” e aos seus objetivos subjacentes, preconizou-se o cuidado à mulher inserida na família e comunidade, atentando a todos os seus cuidados peculiares. Efetuaram-se partos em ambiente de segurança, tendo em conta a saúde da parturiente e do recém-nascido, procurando a melhor adaptação deste à vida extrauterina. Este processo passou não só por atender à saúde da mulher, ao longo do trabalho de parto, como à adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. A saúde da mulher e do recém-nascido surgem em primeiro lugar, pelo que foi necessário diagnosticar precocemente e prevenir alguma complicação. Assim, foram providenciados cuidados a mulheres quando diagnosticadas patologias, associadas, no contexto de trabalho de parto e parto.

Em relação ao módulo do “Autocuidado e preparação para a parentalidade”, foram postos em prática cuidados para com a mulher, enquanto agente ativo inserido na família e na comunidade, de forma a potencializar o cuidado a mesma e ao recém-nascido, promovendo uma transição equilibrada e apoiada para adaptação à parentalidade. Atentou-se à saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal, de modo a ser possível diagnosticar e prevenir precocemente possíveis complicações não só na mulher,

mas também no recém-nascido, logo após o seu nascimento. Na existência de casos de puerpério com evolução negativa providenciaram-se cuidados particulares, de forma a contornar as situações adversas, promovendo a saúde. É importante salientar que, nestes casos particulares, se tornou fulcral ensinar os pais a lidar com as situações não saudáveis.

De acordo com o artigo publicado em Diário da República no Decreto-lei n.º 9/2009, de 4 de março, o reconhecimento das qualificações finais para a aquisição do título de especialista em EESMO, prevê que sejam efetuados um mínimo de 40, partos ou 30 partos e 20 partos participados – na realidade, durante o estágio, foram realizados 45 partos e 32 participados (Ver gráfico II). O mesmo artigo exige que se prestem cuidados a pelo menos 40 mulheres em situação de risco durante e depois do parto, facto que sucedeu num total de 45 mulheres (Ver gráfico I). Por fim, é preconizado que o EESMO preste cuidados e vigilância a 100 puérperas e a 100 recém-nascidos – no estágio, concretamente, foram prestados cuidados a 144 parturientes e a 153 recém-nascidos (gráfico III).

Verificou-se que, devido à investigação científica e à revisão integrativa da literatura realizada sobre o tema explorado – “O papel do pai no trabalho de parto e parto” – este continua a ser um tema com uma abordagem abstrata e pouco explorada. Trata-se de um contrassenso uma vez que o papel do pai tem cada vez mais peso na sociedade atual. Segundo Storti, J. (2004), “O pai do bebê pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher no processo de parturição, devido a fatores como a formação de vínculo e representação de laços de família (...)”. Pelos motivos referidos, seria importante que se desenvolvesse mais esta temática, de forma científica, para que o enfermeiro especialista possa realizar intervenções conseguindo favorecer o papel do pai no trabalho de parto, tendo como base a prática baseada em evidência.

Por último, salienta-se o valor da realização deste tipo de prática e investigação para a profissionalização. Este relatório de estágio, além de mostrar o contexto e o dia-a-dia dos enfermeiros ESMO, é importante não só para quem o faz, como se pode tornar motivacional para quem o lê e procura ver a sua prática baseada na evidência científica mais atual.

Ser enfermeiro não se baseia apenas em intervenções rotineiras, ser enfermeiro tem como alicerces a sensibilidade, a responsabilidade, a cientificidade e, a paixão pelo que se faz, num cuidado constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAD, M. L. et al. (1999). El padre en la experienciadel parto: valoración del acompañamiento a su pareja. *Revista de Enfermería*. 1999, vol. 10, pp. 5-11.
- AGUIAR, H.; SILVA, A. I. Aleitamento Materno. A Importância de intervir. *Acta Med Port*. 2011, vol. 24(S4), pp. 889-896.
- ALBUQUERQUE, M. et al. Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebê. *Revista Referência*. 2009, vol.2(9), pp.15-26.
- ALMEIDA, N. et al. A humanização no cuidado à parturição. *Revista eletrônica de Enfermagem*. 2005, vol. 7 (3), pp. 355-359.
- ALVES, J.; METELLO, T.; AVILLEZ, T.; HERMIDA M. Curetagem pós-parto por suspeita de retenção de produtos de concepção. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2011, vol. 5(4), pp. 165-169.
- ALZAIM, M.; WOOD, R. J. Vitamin d and gestational diabetes mellitus. *Nutr Ver*. 2013;; vol. 71(3), pp. 158-67.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (ACOG). Exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion, January 2002, No. 267, vol. 99, pp. 171-173.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (ACOG). Gestational Diabetes Mellitus. Committee Opinion ,Agosto 2013, vol. 122(2), pp. 406-416.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (ADA). Diabetes Care: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. 2011, vol. 34, pp. 62–S69.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistance to the second and third periods of labor based on evidence. *Femina*. Nov 2010, vol. 38 (11), pp. 583-591.
- ANDRADE, E. S.; OLIVEIRA, G.; MEDEIROS, D.L.; SANTOS, M. L.; GHELFI, A.; MATOS, G. S. R.; Percepção de sedentarismo e fatores associados em adolescentes grávidas no Município de Coari, Estado do Amazonas, Brasil. *Rev. Pan-Amazonica Saud*. 2010; vol. 1(4), pp. 35-41.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL. (APSI). Nova Norma de Segurança para Cadeirinhas. [Em linha] Portal apsisegurançainfantil 2014 [Consult. 2017-06-07] Disponível em: <http://apsisegurançainfantil.blogspot.pt/2014/02/nova-norma-de-seguranca-para-cadeirinhas.html>.
- APOLÍNÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. Jan/fev 2016, vol. 17(1), pp.20-8.
- ARAÚJO, M. F. M.; PESSOA, S. M. F.; Damasceno, M. M. C.; Zanetti, M. L. Diabetes gestacional desde la perspectiva de mujeres embarazadas hospitalizadas. *Revista brasileira de enfermagem*. 2013, Vol. 66(2), pp. 222-7.
- AYRES-DE-CAMPOS, D.; SPONG, C.Y.; CHANDRAHARAN, E. Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015, vol. 131, pp. 13-24.
- BAGGIERI, R. et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2011, vol. 56(2), pp. 96-101.
- BALANCHO, L. F. *Ser pai, hoje*. 8ª Ed. Lisboa: Presença, 2007.
- BALBINO, A. et al. Termorregulação do recém-nascido: cuidados na admissão em unidade de emergência pediátrica. *Ver Rene*. 2013, vol. 14(2), pp. 320-30.

- BARBOSA, D. M.; MATTOS, C.M. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *Revista Mineira De Enfermagem*, 2012, vol. 16(3), pp. 373-381.
- BARRACHO, E. (Cit in). Hipertensão arterial na gravidez: como os cuidados de enfermagem podem contribuir para melhoria da qualidade de vida das grávidas hipertensas. [Em linha] Portal do Conhecimento 2014 [Consult. 2017-05-27] Disponível em:<http://www.portaldoconhecimento.gov.br/bitstream/10961/3518/1/Delgado.2014.%20Hipertens%C3%A3o%20arterial%20na%20gravidez.pdf>.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. Ministerio de la sanidade e consumo. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008, nº. 5.
- BAYLE, F. e MARTINET, S. *Perturbações da paternidade*. Lisboa: Climpesi Editores, 2008.
- BAYLE, F. *À volta do nascimento*. Lisboa: Climpesi Editores, 2006.
- BELLO, R. T. Cuidados de higiene cutânea no recém-nascido e lactente. *Revista Bêbê*.
- Bergstrom, A.; Byaruhanga, R.; Okong, P. The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial. *Acta Paediatr*. 2005, vol. 94, pp. 1462–1467.
- BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*. 2006, vol. 28(11), pp. 671-679.
- BISSINGER, R. L.; ANNIBALE, D. J. Thermoregulation in Very Low-Birth-Weight Infants During the Golden Hour: Results and Implications. *Advances in Neonatal Care*. October 2010, vol. 10(5), pp. 230-238.
- BOCCOLINI, C. et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*. Março/Abril 2012, Vol 89(2).
- BOSOMWORTH, A.; BETTANY-SALTIKOV, J. A. Just take a deep breath... A review to compare the effects of spontaneous versus directed Valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing *Midwifery Digest*. 2006, vol.16 (2), pp.157-166.
- BRAUNWALD, E. [et. al.]. *Harrison Medicina Interna*. vol.1.15 aed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002.
- BRAZELTON, T.; SPARROW, J. A Criança e o Choro: o Método Brazelton. Lisboa: Editorial Presença, 2007.
- BRÜGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.; OSIS, M. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005, vol. 21(5), pp.1316-1327.
- BUNG, P. et al. Therapeutic exercise for insulin-requiring gestational diabetics: effects on the fetus – results of a randomized prospective longitudinal study. *J Perinat Med*. 1993, vol 21, pp. 125-37.
- CABRAL, A.C.V. et al. Guia de Bolso de Obstetrícia. São Paulo: Atheneu. 2010.
- CÂMARA MUNICIPAL DE PENAFIEL. Boletim Municipal de Penafiel. 1995. Acessível na Câmara Municipal de Penafiel.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION. (CDA). Clinical Practice Guidelines Expert Committee: clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2008, vol. 32 (Suppl 1), pp. 168-S180.
- CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. 2010, vol. 38(5), pp. 265-70.

- CARVALHO, A. C. et al. Experiencing pregnancy with hypertension in prenatal. *Revista Interdisciplinar*. 2014, vol. 7(3); pp.99-111.
- CARVALHO, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos Saúde Pública*. 2003, vol 19(2), S389-S398.
- CARVALHO, S. C.; Daniela, S.S.; Natália; Spíndola, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007, vol. 41(4), pp. 690-697.
- CARVALHO, V. O.; Markus, J. R.; Abagge, T.; Campos, S.B. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. *Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2015.
- CIPE. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. (CIPE/ICNP). 2011. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- COLMAN, L. L., COLMAN, A. D. *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri, 1994.
- CORRÊA JUNIOR, M. D.; PASSINI JÚNIOR, R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016, vol. 38, pp. 301–307.
- COUTINHO, T. et al. Diabetes gestacional: como tratar? *Femina*. 2010, Vol. 38(10), pp. 517-25.
- CROWTHER, C. A. et al. For the Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2005, vol. 352; pp. 2477-86.
- CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *RevEsc Enfermagem USP*. 2007, vol. 41 (4), pp. 690-697.
- CUNHA, M. L. C.; Mendes, E. N. W.; Bonilha, A. L. L. O cuidado com a pele do recém-nascido. *R. gaúcha Enferm*. Jul. 2002, vol 23(2), pp. 5-15.
- D'ARTIBALE, E.; BERCINI, L. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto Contexto Enferm*. Jan-Mar 2014, vol. 23(1), pp. 109-17.
- DECRETO-LEI nº 9/2009. D.R. I Série. Nº 44 (4-03-2009), p. 1466-1530.
- DIAS, M. D. et al. Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008, vol. 24(12), pp. 2787-2797.
- DIAZ, C. M. G. et al. Humanização do parto: importância do aleitamento materno na primeira hora de vida. Santa Maria: Unifra, 2011.
- DORES, J. et al. Relatório de consenso sobre Diabetes e Gravidez. (RCDG). SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP), 2011.
- DÔRES, S.; PAIVA, S. A. R.; CAMPANA, A. O. Vitamina k: metabolismo e nutrição. *Rev. Nutr*. 20014, vol. 3, pp. 207-218.
- DRAPER, J. Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*. 2003, vol. 10 (1), pp. 66-78.
- DUMITH, S. C. et al. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. *Rev saúde pública*. 2012, vol. 46(2), pp.327-33.
- DYER, J. A. Newborn skin care. *Seminars in perinatology*. Epub. 2013, vol. 37(1), pp. 3-7.
- DYSON, L. et al. Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing. NICE. London, 2006.

- FERNADES, J. D.; OLIVEIRA, Z. N. P.; MACHADO, M. C. R. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*. 2011, vol. 86(1), pp. 102-10.
- FIGEURIRED, R. et al. Doença hemorrágica do recém-nascido na forma tardia: descrição de casos. *J Pediatr (Rio J)*. 1998, vol. 74(1), pp. 67-70.
- FIGO. SHNH COMMITTEE. FIGO GUIDELINES: gynecology and obstetrics. *International Journal of gynecology and obstetrics*. 2010, vol. 110, pp. 1-6.
- FIGO. SHNH COMMITTEE. FIGO GUIDELINES: intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015, vol. 131, pp. 3-4.
- FIGUEIREDO, B. et al (2005 a). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. *Psicologica*. 2005, vol. (40), pp. 133-154.
- FONSECA, E. S. V. B.; Cabar, F. R.; Nomura, R. M. Y. Repercussões da gravidez no organismo materno. In: Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 1ª ed. Barueri: Manole, 2008.
- FONSECA, A. L. M. et al. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. *J. Pediatr. (Rio J.)*. Vol. 8(4) [Em linha] Portal Scielo 2013 [Consult. 2017-05-22] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000400005&lng=en&nrm=iso.
- FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Esc Anna Nery (impr.)* Jul/set 2012, vol. 16 (3), pp. 480-485.
- FRANCISCO, A. A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011, vol. 24(1), pp. 94-100.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007, vol. 20(3), pp.351-360.
- FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene. Fortaleza*. Set 2009, vol. 10 (3), pp. 61-67.
- GALVÃO, C. M. ; SAWADA, N. O. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005, vol 26(3), pp. 293-301.
- GALVÃO, M. *A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem perioperatória*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.
- GILLON, T. E. R. et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review of International Clinical Practice Guidelines. *Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada*. Dez 2014, Vol. 307.
- GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. 2000, Vol. 76 (3). [Em linha], 2000 [Consult. 2017-04-20] Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.pdf>.
- - Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. GOBIERNO VASCO. Servicio Central de Publicaciones [Em linha] Portal Servicio Central de Publicaciones 2010 [Consult. 2017-05-19] Disponível em: <http://publicaciones.administraciones.es>
- GONZÁLEZ-RUIZ; C. et al. Actualidades en diabetes gestacional. *REv. Sanid Milit Mex*.2014, vol. 68(5); pp. 276-282.
- GOODY, S. A. (compil). EESMO Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia / Parteiras. Ordem dos enfermeiros, 2015.
- GOUVEIA, C. et al. Novas orientações da Direção-Geral de Saúde para a diabetes gestacional: uma apreciação crítica. *Rev Port Med Geral Fam* 2012, vol. 28; pp. 3014-312.

- GRAÇA, L. M. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2010.
- GRIFFIN, M. E. et al. Universal vs. risk factor-based screening for gestational diabetes mellitus: detection rates, gestation at diagnosis and outcome. *Diabet Med* 2000, vol. 17; pp. 26-32.
- HARRIS, J. M. et al. The psychological impact of providing women with risk information for pre-eclampsia: A qualitative study. *Midwifery*. 2014, vol. 30; pp. 1187–1195.
- HASSAN, M. et al. Immediate Perinatal Outcome of Neonates with Maternal Disorders in Pregnancy. *J. Nepal Paediatr. Soc* 2013, VOL 33(3); pp. 3-9.
- HOFMEYER, G. J.; ATTLAH, A. N.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 vol. (3), nº CD001059.
- HORTA, B. et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding – systematic reviews and analyses. WHO. [Em linha] Portal WHO 2007 [Consult. 2017-05-19] Disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/index.html.
- IDF (International Diabetes Federation). Pregnancy and diabetes. [Em linha] Portal IDF, 2009, [Consult. 2017-04-23] Disponível em: <https://www.idf.org/component/.../attachments.html?id=730>.
- ILIYASU, Z. et al. Birth preparedness, complication readiness and fathers' participation in maternity care in a Northern Nigerian community. *African Journal Of Reproductive Health*, 2010, vol. 14(1), pp. 21-32.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Censos 2011. Resultados definitivos - Região Norte. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 2011, vol. 78.
- JEYABALAN, A.; LAIN, K.Y. Anatomic and functional changes of the upper urinary tract during pregnancy. *Urol Clin N Am*. 2007, vol. 34(1), pp. 1-6.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. (2011). *Joanna Briggs Institute reviewers manual: 2011 edition*. Adelaide, Australia: 2011.
- JOHNSON, M. P. (2002). An exploration of men's experience and role at childbirth. *The Journal of men's studies*. 2002, vol. 10 (2), pp. 165-182.
- JOVANOVIĆ-PETERSON, L.; DURAK, E. P.; PETERSON, C. M. Randomized trial of diet versus diet plus cardiovascular conditioning on glucose levels in gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*, 1989; vol 161, pp. 415-9.
- KAINZ, G.; ELIASSON, M.; VON POST, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health Care For Women International*, 2010, vol. 31(7), pp. 621-635.
- KALRA, P.; KACHHWAHA, C. P.; SINGH, H. V. Prevalence of gestational diabetes mellitus and its outcome in western Rajasthan. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013, Vol. 17(4), pp. 677-80.
- KARKADA, S.; NAYAK, B. S.; MALATHI. Awareness of palliative care among diploma nursing students. *Indian J Palliat Care*. 2011, vol. 17, pp. 20-3.
- KARKADA, E. C. Role of expectant fathers in maternal and newborn care in India. *International Journal Of Nursing Education*, 2011, vol 3(1), pp. 13-14.
- KENNEL, J.; MCGRATH, S. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica*. 2005, vol. 94, pp. 775-778.
- KITZINGER, S. *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Ed. Presença, 1978.
- KITZINGER, S. *Porque Chora o meu bebé?* (C. Martins, Trad). Porto: Porto Editora, 2006.

- KROUPAS, L. M. A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*. Maio 2014, vol. 59(3), pp. 264-276.
- KULLER, J. et al. Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Neonatal Skin Care. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. *National Association of Neonatal Nurses*, 2001.
- LANDIM, C. A. P.; MILOMENS, K. M. P.; DIÓGENES, M. A. R. Défis de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem. *Rev. gauch. enferm.* 2008, vol. 29(3), pp. 374-81.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. [Em linha] Portal Cochrane 2013 [Consult. 2017-05-24] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/abstract;jse ssionid=9C16838F57CAD121740EA513B5FFC218.f04t01>.
- LEAL, I. *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2005.
- LEWIS, D.; DOWNE, S. Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015, vol. 131, pp. 9-12.
- LIMA, C. M. et al. Report of experience in Hospital Psychology Internship with pregnant at risks. *Cesuca*. 2014, vol. 4.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.
- LUÍS, S.; COSTA, G. A.; CASTELEIRO, C. Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. *Millenium*. 2014, vol. 41, pp. 33-46.
- MAHLE, W. T. et al. Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease: a scientific statement from the AHA and AAP. *Pediatrics*. 2009, vol. 124, pp. 823-836.
- MALDONADO, M. T. P. *Psicologia na gravidez: parto e puerpério*. 11ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- MANNEL, R.; MARTENS, P.; WALKER, M. *Manual prático para consultores de lactação*. Loures: Lusociência, 2011.
- MARTINS, M.; SANTANA, L. S. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas- Saude e Ambiente ; Aracaju*. Jun 2013, Vol 1(3), pp. 87-97.
- MASSA, A. C.; RANGEL, R.; CARDOSO, A.C.; CAMPOS, A. Diabetes Gestacional e o Impacto do Actual Rastreio. *Acta Medica Portuguesa, Revista científica da ordem dos Médicos*. Jan/Fev 2015, vol. 28(1), pp. 29-34.
- MAZZIERI, S. P. M.; HOGA, L. A. K. Participação do pai no nascimento e parto: Revisão da literatura. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*. 2006, vol. 10 (2), pp. 166-170.
- MELO, R. M.; BRITO, R. S. The fathers' perception about their presence in the labor room during the birth of their child: a descriptive study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 2013, pp. 12596-598.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Out-Dez 2008, vol. 17(4), pp.758-64.
- MENDES, R. *A parentalidade experimentada no masculino: as vivências da paternidade*. CIES e-Working Paper, 2007, vol. 22.
- MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA. (MCEESMO). Parecer nº. 23/MCEESM 1-7-2011. Procedimento de cuidados perineais à puerpera durante o internamento hospitalar.

- MIQUELUTTI, M. A. et al. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Dez 2009, vol. 9 (4), pp. 393-398.
- MOISÉS, E. C.; BRITYO, G. O.; Duarte, G.; Freitas, M.M.S. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *Femina.* Julho 2011, vol 39(7).
- MONTEAGUDO, B. et al. Prevalence of birthmarks and transient skin lesions in 1,000 Spanish newborns. *Actas dermo-sifiliograficas. Epub.* 2011, vol. 102(4), pp. 264-9.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. *Obstetrícia Fundamental.* 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MONTENEGRO, C. A. B., REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia.* 13ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2014.
- MORAIS, S.; MIMOSO, G. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediatr Port.* 2013, vol. 44(6), pp. 343-7.
- MULFORD, M. I.; JOVANOVIĆ-PETERSON, L.; PETERSON, C. M. Alternative therapies for the management of gestational diabetes. *Clin Perinatol.* 1993, vol. 20, pp. 619-34.
- NEIVA, F. C. B.; LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP).* Maio-ago 2006, vol. 18 (2), pp. 141-150.
- NEME, B. *Obstetrícia básica.* 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2000.
- NETO, N.; SOUZA, A. R.; AMORIM, M. Pre-eclampsia treatment according to scientific evidence. *Rev. Bras Ginecol Obstet.* 2010, vol. 32(9), pp. 459-68.
- NETTO, A. A.; GOEDERT, M. E. Evaluating of the applicability and cost of the prophylaxis of the ophthalmic neonatorum in maternities of greater Florianópolis. *Revista Brasileira de Oftalmologia.* 2009, vol. 68(5), pp. 264-270.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. [Em linha] Portal NICE, February 2015, [Consult. 2017-04-27] Disponível em: nice.org.uk/guidance/ng3.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. [Em linha] Portal NICE, Agos 2010, [Consult. 2017-05-07] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG107>.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Infant feeding and maternal nutrition in postnatal care. [Em linha] Portal NICE, July 2015, [Consult. 2017-04-23] Disponível em: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care>.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Neonatal jaundice Issued. [Em linha] Portal NICE, Marçg 2014, [Consult. 2017-04-29] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/evidence/cg98-neonatal-jaundice-full-guideline2>.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). NICE Intrapartum Care: care of healthy women and their babies. London: NICE, 2007.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). NICE Clinical guideline 37: Routine postnatal care of women and their babies. London: NICE, 2006.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). NICE Clinical guideline: Postnatal care up to 8 weeks after birth. London: NICE, 2006.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Postnatal care, clinical guideline. [Em linha] Portal NICE, December 2014, [Consult. 2017-04-28] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence); Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Post partum HAEMORRAGE. *Green-top Guideline.* December 2016, No. 52.

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence); Hypertension in pregnancy- The management of hypertensive disorders during pregnancy. *NICE clinical guideline*. 2011; vol. 107; pp.185-200.
- NICHOLSON, W. K. et al. Therapeutic management, delivery, and postpartum risk assessment and screening in gestational diabetes. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. [Em linha] Portal Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 [Consult. 2017-05-03] Disponível em: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/gestdiabetes/gestdiab.pdf>.
- NIKOLOVSKI, J. et al. Infant skin barrier maturation in the first year of life. *J Am Acad Dermatol*. 2007, vol. 56(Suppl. 2): AB153 (Abstract P2400).
- NOBRE, E. B. et al. Aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor: uma revisão de literatura. *Pediatrics*, 2010, v. 32 (3), pp. 204-210.
- NOUR, A. et al. Women with pregnancy-related hypertensive disorder: evidence for nursing care. *S A N A R E, Sobral*. Jan/jun 2015, vol 14 (1), pp. 121-128.
- ODENT, M. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.
- OKAMURA, C. et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. *Tohoku J Exp Med*. 2006, vol. 208, pp. 109-15.
- OPPERMAN, M. L. R.; Reichelt, A. J. *Diabetes melito e gestação*. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães, JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE); PRATES, A.; MADRUGA, C. Projeto da MCEESMO – OE. Maternidade com Qualidade Efetivar a ingestão ao longo do Trabalho de Parto segundo diretrizes da OMS. 2010. [Em linha] Portal OE, s/d, [Consult. 2017-04-28] Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Genebra: OMS, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. *Lancet*. 1985, vol. 2, pp. 436-7.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. [Em linha] Portal WHO: World Health Organization, 2011, [Consult. 2017-05-10] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS no Atendimento ao Parto Normal*. WQ 402, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. WQ 440, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Recommendations for induction of labour*. WQ 440, 2011.
- Oxford Centre for Evidence-based Medicine. July, 2009, [Consult. 2017-05-10] Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> .
- PASSOS, A. F.; AGOSTINI, F.S. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. *Rev Bras Oftalmol*. 2011, vol. 70(1), pp. 57-67.
- PERDOMINI, F. I., BONILHA, A. L. Father participation as a companion to delivering women. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2011, vol 20 (3), pp. 245-252.
- PESTVENIDZE, E.; BOHRER, M. Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. *Global public health*. 2007, vol. 2 (2), pp.169-183.

- PICO, M. J. C.; Macia, M. S. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. *Revista Científica de Enfermería*. 2011, vol 2, pp. 1-11.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 09/DGCG. 2003-06-14. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. [Consult. 2016-10-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 007/DGCG. 2001-01-31. Diagnóstico e Conduta na Diabetes Gestacional. [Consult. 2016-09-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 0022015/DGCG. 2015-01-19. Indução do trabalho de parto. [Consult. 2016-05-20] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 006/DGCG. 2017-04-19. Plano Nacional de Vacinação 2017. [Consult. 2017-05-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 040/DGCG. 2011-12-21. Plano Nacional de Vacinação 2012. [Consult. 2016-11-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº Nº 002/DGCG. 2011-01-14. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. [Consult. 2016-05-10] Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>.
- PREMBERG, A.; HELLSTRÖM, A. L.; BERG, M. Experience of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008, vol. 22, pp. 56-63.
- PUGLIESE, V. E. M. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmicas e cardiorespiratorias do recém-nascido de termo. *Revista Paul Pediatría*. 2009, vol. 27(4), pp. 410- 415.
- QUEIRÓS, J.; MONTEIRO, L. P. Diabetes Mellitus e Gravidez. Diabetes: Uma Abordagem Global. *Algés, Euromedice, Edições Médicas, Lda*, 2010, p. 295-306.
- QUEVEDO, M. P. *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. São Paulo, Guanabara KooganLtda, 2010.
- RAMALHO, C.; CAMPOS, D. A. *Crítérios para vigilância da gravidez em consultas hospitalares*. cit. In. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. Lisboa: Lidel 3ª Edição, 2014.
- REA, M. F. ; TOMA, T. S. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saude Pública*. [Em linha], 2008 [Consult. 2017-04-20] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/09.pdf>.
- REED, R. Supporting women’s instinctive pushing behaviour during birth. Midwife Thinking. [Em linha] Portal Midwife Thinking, setembro 2009, [Consult. 2017-04-28] Disponível em: <https://midwifethinking.com/2015/09/09/supporting-womens-instinctive-pushing-behaviour-during-birth/>.
- RESUSCITATION COUNCIL (UK). *New born life support: Resuscitation at birth*. 3ª Ed. London, 2011.
- REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO, L. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, vol.7. Art. No.: CD000330.
- RIBEIRO, H. C.; LOPES, L. O papel do pai na sala de partos. *Nursing*, 2006, vol. (16), pp. 25-27.

- RICCI, S. S. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. Jan-mar 2010, vol. 14(1), pp. 105-12.
- RUMBOLD, A. R. et al. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. *N Engl J Med* 2006, Vol. 354; pp.1796-806.
- SANTO, S. FIGO, consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring – a summary Guidelines para monitorização fetal intraparto. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2016, vol. 10(1), pp. 8-11.
- SANTOS, E. K. A. *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- SANTOS, L.M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Ver Bras Enferm*. Mar/abril 2014, vol. 67(2), pp.202-7.
- SAVE THE CHILDREN. *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. Save the Children Federation, Washington DC, 2004.
- SCHMALFUSS, J.M. et al. Diabetes melito gestacional e as implicações para o cuidado de enfermagem no pré-natal. *Cogitare Enferm*. Out/Dez 2014, vol. 19(4), pp. 815-22.
- SCHMALFUSS, J. M. et al. Diabetes gestacional e as implicações para o cuidado de Enfermagem no pré-natal. *Cogitare Enferm*. Out/Dez 2014, vol.19 (4), pp. 815-22.
- SCHMIDT, M. L. S.; BONILHA, A. L. L. (2003). Alojamento conjunto: expectativas do pai com relação aos cuidados da sua mulher e filho. *RevistaGaúcha Enfermagem*, 2003, vol. 24 (3), pp. 316-324.
- SEABRA, J. O. choro do bebê. *Psicologia.com.pt*. [Em linha] Portal Dos Psicólogos 2009 [Consult. 2017-05-23] Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>.
- SILVA, C.; CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*. Nov/dez 2014, vol. IV(3), pp. 17-26.
- SILVA, C.; CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Rev Enfermagem Referência*. Nov-Dez 2014, vol.4, nº3, pp. 17-27.
- SILVA, J. L.; MACHADO, A. P. *Hipertensão Arterial Crônica na Gravidez*. cit. In. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel 3ª Edição, 2014.
- SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. (SNS). Rastreio Neonatal. [Consult. 2015-05-23] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/25/rastreio-neonatal/>.
- SOARES, C. B. et al. Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2014, vol. 48(2), pp. 335-345.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. (SBD). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. São Paulo, 2011.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. (SPP). Consensos de Neonatologia, Ictericia Neonatal. *ActaPediatr Port*. 2013, vol. 39(3), pp. 124-34.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP). Consensos de Neonatologia, Cuidados cutâneos no Recém – Nascido. *Acta Pediatr Port*. 2014, vol. 38, nº5, pp.209-214.
- SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. The meanings that postpartum women assign to gestational; hypertension and premature birth. *Rev Esc Enferm USP*. 2011, vol. 45(6); pp. 1285-92.
- STATMATAS, G. N.; WALTER, R. M. T. L. *Keeping Infant Skin Healthy through Proper Cleansing*. Hayes: Nova Science Publishers, 2011.

- STORTI, J. P. L. *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; São Paulo (SP), 2004. Dissertação.
- SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015, vol. 23(3), pp. 520-6.
- SUTTER, C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*. 2008, vol. 39(1), pp. 74-82.
- TAMEZ, R. N. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- TOMELERI, K. R. et al. "Eu vi o meu filho nascer": vivência dos pais na sala de partos. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2007, vol. 28 (4), pp. 497-504.
- TORRES, H. C.; PACE, A. E.; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. *Cogitare enferm*. 2010, vol. 15(1), pp. 48-54.
- TROTTER, S. Neonatal skincare: why change is vital. *RCM Midwives*. 2006, vol. 9, pp.134-8.
- TURAWA, E. B.; MUSEKIWA, A.; ROHWER, A. C. Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, Issue 9. Art. No.: CD010273.
- UNICEF Portugal. *Manual de aleitamento materno. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. 2012.
- VAUCHER, A. L. I.; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. 2005, vol. 7(2), pp. 207-214.
- VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; LIUKKONEN, A. (1998). Fathers' experience of childbirth. *Midwifery*. 1998, vol. 14, pp. 10-17.
- VENÂNCIO, S. I. et al. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad. Saúde Pública*. 2008, Sup 2:S323-S331.
- VETTORE, M. V. et al. Prenatal care and management of hypertension in pregnant women in the public healthcare system in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2011, vol. 27(5); pp. 1021-1034.
- VILLALÓN, H. et al. Participación paterna en la experiencia del parto. (Spanish). *Revista Chilena De Pediatría*, 2014, vol. 85(5), pp. 554-560.
- VISSCHER, O. M. et al. Vernix Caseosa in Neonatal Adaptation. *Journal of Perinatology*. 2005, vol. 25, pp. 440-446.
- VISSER, G. H.; AYRES-DE-CAMPOS, D. Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Adjunctive technologies. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015, vol. 131, pp. 25-29.
- WASSEN, M. et al. Routine labour epidural analgesia versus labour analgesia on request: a randomised non-inferiority trial. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 2014, pp. 344-350.
- WEI, C.; GUALDA, D. M.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Contexto Enfermagem*. Out/dez 2011, vol. 20(49), pp. 717-125.
- WIER L. M. et al. Hospitalizations related to Diabetes in Pregnancy. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. [Em linha] Portal Agency for Healthcare Research and Quality, 2010 [Consult. 2017-04-24] Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb102.pdf>.
- WILLIAMS, A. C. C; et al What influences midwives in estimating labour pain?. *Cad. Saúde Pública*. Mar 2010, vol.17, pp. 86-93.

- WOCKEL, A. et al. Getting ready for birth: impending fatherhood. *British Journal of Midwifery*. 2007, vol. 15 (6), pp. 344-348.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in normal birth: A practical guide*. [Em linha] Portal WHO: World Health Organization, 1996, [Consult. 2017-05-9] Disponível em:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_96_24/en/.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool*. 2ª Ed. Geneva: WHO, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: OMS, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Geneva: WHO, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: OMS, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO meeting report "Improving quality of antenatal And postpartum care and referral system"*. Geneva: WHO, 2013.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. Barueri (SP): Manole; 2008. *Saúde*. 2000, vol. 3, pp.14-15.
- ZVEITER, M. *Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde (1986): cuidados essenciais ao recém-nascido – comentário sobre as implicações psíquicas*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz;2003. Tese de Doutorado.